

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONTEXTO ESCOLAR:
o contributo da atividade física

Dissertação de candidatura ao grau de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora Cândida Pinto e
coorientada pela Professora Doutora Margarida Reis Santos

Cláudia Maria Nunes Paupério

Porto | 2016

AGRADECIMENTOS

À equipa diretiva do Colégio Nossa Senhora da Paz, pela confiança, pelo estímulo e pelo altruísmo.

A todos os alunos e professores que colaboraram no estudo, por contribuírem para o aumento do conhecimento e pela ajuda e disponibilidade.

À Professora Doutora Cândida Pinto e à Professora Doutora Margarida Reis Santos pela orientação dedicada, paciente e disponível, mas também pelo exemplo de rigor e profissionalismo.

À Professora Aldina Correia, por toda a receptividade e interesse.

Aos meus pais, irmã e restante família, pela partilha de todos os sacrifícios e conquistas, pelo acompanhamento muito próximo e aconchegante e pela paciência ilimitada.

Ao Zé, pela proximidade e cumplicidade, pelo companheirismo e afeto, pelo apoio incondicional.

À Daniela, à Catarina e ao Osvaldo, por serem um porto de abrigo e alegria, companheiros de trabalho e de vida, uma fonte de força e coragem.

À Inês, à Tatiana, ao Pedro, ao Rafael e ao Miguel, pela amizade permanente e verdadeira, pela partilha constante de entusiasmo e desmotivação, pelo caminho que percorremos.

ABREVIATURAS

APCOI: Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil

BMI: Body Mass Index

CNSP: Colégio Nossa Senhora da Paz

DGE: Direção-Geral da Educação

DGS: Direção-Geral de Saúde

DP: Desvio Padrão

EpS: Educação para a Saúde

Fds: fim-de-semana

H0: Hipótese nula

H1: Hipótese alternativa

HBSC: Health Behaviour in School

HTA: Hipertensão Arterial

IMC: Índice de Massa Corporal

mmHg: Milímetros de mercúrio

N: Número de sujeitos

NASN: National Association of School Nurses

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNSE: Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV: Programa Nacional de Vacinação

SEL: Social and Emotional Learning / Competências Socioemocionais

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TA: Tensão Arterial

VS: Versus

WHO: World Health Organization

RESUMO

O aumento do sedentarismo que decorre dos comportamentos e estilos de vida e consequente diminuição da prática de atividade física, na população infantojuvenil, é um fator que exige particular atenção aos profissionais de saúde, pois para além doutras situações contribui para o excesso de peso, a obesidade e os riscos para a saúde daí inerentes.

A prática de atividade física constitui uma das principais medidas para travar esta tendência, uma vez que apresenta diversos efeitos benéficos para o organismo.

O estudo do tipo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal foi realizado em contexto de saúde escolar, no Colégio Nossa Senhora da Paz (CNSP), no Porto, e teve como objetivos: avaliar a antropometria (peso, altura e Índice de Massa Corporal [IMC]) dos adolescentes do CNSP; avaliar a tensão arterial (TA) dos adolescentes do CNSP; identificar a prática de atividade física dos adolescentes do CNSP; identificar o tempo de utilização de dispositivos eletrónicos (televisão, telemóvel, computador, tablet) pelos adolescentes do CNSP; analisar as relações entre os valores antropométricos e os valores de TA dos adolescentes do CNSP; analisar as relações entre os valores antropométricos e a prática de atividade física dos adolescentes do CNSP; analisar as relações entre os valores antropométricos e a utilização de dispositivos eletrónicos dos adolescentes do CNSP.

A população do estudo compreendeu 254 adolescentes entre os 10 e os 18 anos.

A recolha de dados procedeu-se através de avaliação antropométrica, com determinação do IMC, avaliação da TA em consulta de enfermagem e dados recolhidos por questionário autopreenchido. Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.

Como principais resultados constatou-se que 32,2% dos adolescentes tinham excesso de peso ou obesidade, 54,3% eram sedentários e utilizavam equipamentos tecnológicos, em média, cinco horas por dia.

Estes resultados salientam a importância de planificar estratégias e desenvolver um projeto de intervenção em saúde, passível de ser aplicado em contexto escolar, que tenha como finalidade a promoção da saúde e de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Atividade Física; Obesidade; Enfermagem; Saúde Escolar

ABSTRACT

Title: THE HEALTH OF THE ADOLESCENT IN SCHOOL CONTEXT: the importance of physical activity

The rise of a sedentarism, a consequence of the lifestyle and diminishing physical activity among the juvenile population, is one important issue that deserves a closer and more attentive look by healthcare professionals, as it might increase the risk of overweight problems, obesity and its harmful consequences.

Physical activity is one major measures to stop this tendency, as it comprehends several benefits for the body and its health.

This study – a quantitative, descriptive, correlational and transversal study - was directed as a part of a school health project, held in Colégio Nossa Senhora da Paz (CNSP), in Porto. Its main goals were: to evaluate the anthropometry (the weight, height and body mass index [BMI]) of a group of adolescents studying in CNSP; to evaluate the blood pressure of that group; to identify its patterns of its physical activity; to identify its patterns of use of electronic devices (television, cell phone, computer, tablet); to analyse the correlation between the anthropometric values and the patterns of physical activity of that group; and to analyse the correlation between the anthropometric values and the patterns of electronic device use of that group;

This research considered the participation of 254 adolescents between the ages of 10 and 18.

Data collection was conducted through anthropometric evaluation, with determination of BMI, evaluation of blood pressure in nursing consultation and through collected data in individual surveys. Statistical analysis was processed on the IBM SPSS software, version 23.

In this study, it was possible to state that 32,2% of the adolescents have overweight or obesity problems, that 54,3% of them have a sedentary lifestyle, and that their average use of electronic devices is around 5 hours per day.

These results emphasize the importance of finding a strategy for the development of a health project, capable of being executed for education purposes, with the objective of promoting health and healthy life patterns.

KEYWORDS: Adolescent, Physical Activity, Obesity, Nursing, School Health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 A Saúde Escolar	19
1.1.1 O profissional de enfermagem nas escolas	23
1.2 A Adolescência	28
1.3 Determinantes da saúde dos adolescentes.....	31
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	39
2.1 Justificação do estudo	39
2.2 Finalidade e objetivos	40
2.3 Tipo de estudo	40
2.4 População	41
2.5 Instrumento de recolha de dados.....	42
2.5.1 Variáveis em estudo	43
2.6 Processo de recolha de dados	44
2.7 Tratamento de dados	47
2.8 Considerações Éticas	47
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	49
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	85
Anexo 1 – Questionário: A promoção da saúde do adolescente em contexto escolar – o contributo da atividade física.....	87
Anexo 2 – Tabelas de percentis de IMC (OMS, 2007)	93
Anexo 3 – Normativas de categorização da TA	99
Anexo 4 – Autorização da Direção do CNSP.....	105
Anexo 5 – Circular Informativa para Encarregados de Educação.....	109

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Classificação da população de acordo o sexo e as fases da adolescência	49
TABELA 2: Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC da população	49
TABELA 3: Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC de acordo com o sexo	50
TABELA 4: Teste Qui-quadrado de Pearson entre as categorias de IMC e o sexo.....	51
TABELA 5: Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC de acordo com as fases da adolescência	51
TABELA 6: Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC dos rapazes de acordo com as fases da adolescência	52
TABELA 7: Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC das raparigas de acordo com as fases da adolescência	53
TABELA 8: Distribuição numérica do IMC dos adolescentes por idade.....	54
TABELA 9: Teste de Correlação de Pearson para a Idade em anos e o IMC.....	54
TABELA 10: Valores absolutos e relativos dos estádios da TA	55
TABELA 11: Valores absolutos e relativos dos estádios da TA de acordo com o sexo	56
TABELA 12: Valores absolutos e relativos dos estádios da TA de acordo com as fases da adolescência	56
TABELA 13: Valores absolutos e relativos referentes à prática de atividade física da população.	57
TABELA 14: Valores absolutos e relativos referentes à atividade física de acordo com o sexo	57
TABELA 15: Teste Qui-quadrado de Pearson entre a atividade física e o sexo	58
TABELA 16: Valores absolutos e relativos referentes à atividade física de acordo com as fases da adolescência	58
TABELA 17: Valores absolutos e relativos referentes à atividade física de acordo com as fases da adolescência e o sexo	59
TABELA 18: Distribuição numérica e percentual da atividade física extracurricular no colégio ...	60
TABELA 19: Distribuição numérica e percentual da atividade física extracurricular fora do colégio	60
TABELA 20: Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos da população e de acordo com o sexo	61
TABELA 21: Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos de acordo com as fases da adolescência	62
TABELA 22: Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos – Internet, Jogos e Televisão – da população e de acordo com o sexo	63
TABELA 23: Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos – Internet, Jogos e Televisão – de acordo com as fases da adolescência	63
TABELA 24: Distribuição numérica dos estádios da TA e das categorias de IMC	64
TABELA 25: Teste Qui-quadrado para as categorias de IMC e os estádios de TA	64
TABELA 26: Distribuição numérica das categorias de IMC e das categorias da atividade física....	65
TABELA 27: Teste de Correlação de Pearson para o tempo de utilização de dispositivos e o IMC	66

INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea e nos países com um índice de desenvolvimento mais elevado, os principais problemas de saúde decorrem de comportamentos e estilos de vida.

A adolescência é considerada a fase mais saudável do ser humano, pois tem menores índices de morbidade comparativamente a outras fases da vida. Neste âmbito, a procura dos serviços de saúde é menor, pelo que a existência de um serviço de saúde nos estabelecimentos de ensino, constitui uma oportunidade ímpar de potenciar a saúde nesta faixa etária.

No âmbito da saúde escolar é importante que se promova o debate de temáticas com a comunidade estudantil, como a prática de atividade física, o sedentarismo, a alimentação, pois estas problemáticas interferem diretamente com os comportamentos das crianças e adolescentes, influenciando o seu bem-estar e a sua saúde.

Na infância e adolescência alicerçam-se os comportamentos e os estilos de vida. Com a hegemonia da tecnologia que ocupa de forma crescente os tempos livres há uma predisposição para o sedentarismo. No entanto, como estes determinantes comportamentais podem ser ainda modificáveis, existe uma pertinência acrescida para a sua modificação e para a adesão a comportamentos saudáveis, pois os jovens estão em fase de formação.

A prevalência de excesso de peso, o aumento do sedentarismo que decorre de mais tempo a ver televisão, a jogar jogos eletrónicos, a navegar na internet e a consequente diminuição da prática de atividade física, em faixas etárias precoces, são fatores que exigem particular atenção pelo compromisso que têm na saúde.

Uma das consequências associadas a estes comportamentos são o excesso de peso e a obesidade. Estes problemas são das principais causas de morte a nível mundial e das maiores causas de mortalidade evitável, pelo que é iminente a necessidade de inverter esta situação (DGS, 2013a, Nascimento, Magalhães & Paes, 2011).

O sedentarismo é, atualmente, uma problemática com grande impacto na saúde da população infantojuvenil (Hockenberry & Wilson, 2014) e tem aumentado nesta população, principalmente em sociedades desenvolvidas (Gouveia et al., 2007), o que acarreta graves consequências para a saúde, uma vez que a inatividade física é um fator de risco preponderante de inúmeras doenças. A obesidade, as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas e os distúrbios músculo-

esqueléticos não são exclusivos da população adulta, surgindo em idades cada vez mais precoces (WHO, 2014b).

A prática de atividade física constitui uma das principais medidas para travar esta tendência, já que apresenta diversos efeitos benéficos ao organismo, sendo, portanto, recomendada como uma estratégia de promoção da saúde (DGS, 2015a; Matos et al., 2014).

Assim, os profissionais de enfermagem, no âmbito das atividades desenvolvidas na saúde escolar, devem ser promotores da atividade física como um dos contributos significativos para a saúde das crianças e jovens (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste sentido, assumindo que o enfermeiro desenvolve um papel fundamental na promoção da saúde em contexto escolar, fomentar a atividade física enquadra-se no eixo estratégico da capacitação do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015a). Neste processo, e segundo o mesmo programa, a saúde escolar contribui para elevar o nível de literacia para a saúde, incentiva a diversidade das práticas e envolve toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum.

Tem-se verificado que a atividade física apresenta um efeito protetor na prevenção e tratamento do excesso de peso e da obesidade, nos adolescentes. Torna-se, portanto, essencial o seu estudo em diferentes contextos populacionais, uma vez que está descrito que as relações entre variáveis comportamentais físicas e a obesidade são diversas, consoante o género, a idade, o nível socioeconómico e a densidade populacional (Azevedo, 2011).

Neste âmbito, *a Saúde Escolar deve estar preparada para os grandes desafios da contemporaneidade, que exigem uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, a par de continuar a ajudar as gerações de jovens a atingir a plenitude do seu potencial de saúde* (DGS, 2015a, p.10).

O presente estudo foi desenvolvido em contexto escolar, tendo como finalidade contribuir para o conhecimento do perfil de saúde da comunidade estudantil do CNSP. É um estudo do tipo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, tendo como objetivos: avaliar a antropometria (peso, altura e IMC) dos adolescentes do CNSP; avaliar a TA dos adolescentes do CNSP; identificar a prática de atividade física dos adolescentes do CNSP; identificar o tempo de utilização de dispositivos eletrónicos (televisão, telemóvel, computador, tablet) pelos adolescentes do CNSP; analisar as relações entre os valores antropométricos e os valores de TA dos adolescentes do CNSP; analisar as relações entre os valores antropométricos e a prática de atividade física dos adolescentes do CNSP; analisar as relações entre os valores antropométricos e a utilização de dispositivos eletrónicos dos adolescentes do CNSP.

No que se refere à organização estrutural do estudo, consideramos ser pertinente apresentar o conteúdo do trabalho em diferentes capítulos. Assim, o capítulo um é dedicado ao enquadramento teórico e abordaremos a saúde escolar e os determinantes de saúde durante a adolescência. No capítulo dois explicita-se o enquadramento metodológico, apresentando as decisões metodológicas inerentes ao estudo, nomeadamente a justificação, os objetivos, o tipo de estudo, a população, o instrumento e o processo de recolha de dados, o tratamento de dados e as considerações éticas do processo de investigação. No capítulo três proceder-se-á à apresentação e análise dos dados e no capítulo quatro será apresentada a discussão dos resultados. Na conclusão serão tecidas algumas considerações finais que nos conduzirão a uma proposta de intervenção em saúde na instituição onde o estudo foi desenvolvido. Assim, antecipa-se que as conclusões do estudo irão fornecer orientações que poderão basear o desenvolvimento dessa intervenção de enfermagem, na referida instituição.

A presente investigação visa contribuir para a finalidade explanada no PNSE (DGS, 2015a) *contribuir para mais saúde, mais educação e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens* (p. 4).

Neste âmbito, o profissional de enfermagem tem a responsabilidade social de contribuir para a promoção da saúde através das suas intervenções educativas. A escola é um contexto privilegiado para a promoção da saúde, ajudando os estudantes a compreender como os seus estilos de vida podem afetar a sua saúde (Golsäter, et al, 2015). Promover a saúde na comunidade escolar é indubitavelmente uma estratégia que conduz a ganhos significativos na área da saúde.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo explorar o estado da arte, acerca dos temas saúde escolar, adolescência, atividade física, sedentarismo e equipamentos tecnológicos.

1.1 A Saúde Escolar

A saúde escolar tem já um importante caminho percorrido no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. O conceito de saúde tem sofrido mudanças ao longo do tempo e está, também, relacionado com a promoção da saúde e a educação para a saúde.

Em termos históricos a saúde escolar remonta ao início do século XX (1901), tendo sido submetida a múltiplas alterações no sentido da sua adequabilidade às necessidades da comunidade escolar e de acordo com os conhecimentos emergentes (Rocha et al, 2011).

A primeira grande conferência internacional sobre promoção da saúde, em novembro de 1986, originou um documento orientador: a Carta de Ottawa. Segundo a Carta de Ottawa (WHO, 2014a) a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, e existem diversos fatores que podem influenciar a saúde dos indivíduos e das populações, nomeadamente, políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos.

Portugal participou e validou este documento que originou a primeira mudança estrutural do paradigma da saúde escolar, através do reconhecimento de que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária, sendo a interação entre os ambientes e as pessoas que cria um padrão de saúde.

A conferência defendeu a saúde em todos os contextos, uma vez que a educação para a saúde não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde. Existem outros setores, nomeadamente o da educação, que também devem ser responsáveis pela construção de um bem-estar global.

Tal como é referido no PNSE (DGS, 2015a) a Carta de Ottawa constituiu um marco importante na promoção da saúde. É nos contextos quotidianos onde as pessoas se movem, que a saúde é gerada e vivida, pelo que as pessoas têm que ser capacitadas para o controle e gestão dos

processos de saúde/doença. A segunda mudança reorienta o alvo para o desenvolvimento de competências sócio emocionais, o que promoverá a resiliência dos estudantes, gerindo de forma mais responsável a tomada de decisão relacionada com a saúde e com a própria vida (DGS, 2015a).

A promoção da saúde surge assim como o processo que permite capacitar as pessoas, de forma a melhorar os seus determinantes da saúde: comportamentais, psicossociais e ambientais (WHO, 2014a), sendo considerada uma atitude global, que pretende gerar condições de desenvolvimento para as pessoas e grupos (Barbosa, 2013).

Apesar da semelhança semântica, os conceitos de promoção da saúde e educação para a saúde são diferentes, uma vez que a promoção da saúde é um processo mais amplo, que pode incluir como estratégia a educação para a saúde.

Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em dotar as crianças e adolescentes de conhecimentos, atitudes e valores que lhes permitam tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como para a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo (DGE, 2014).

Neste âmbito, a interface entre a escola e saúde é relevante, pois *a escola apresenta um papel fundamental na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença* (Rocha et al, 2011, p.70).

A saúde escolar é o processo de eleição para a realização de promoção da saúde nas escolas, de forma a melhorar a qualidade de vida no contexto escolar, favorecendo o bem-estar físico, mental e social, através do desenvolvimento de competências da comunidade educativa. Com a identificação de necessidades e a implementação de um programa de saúde escolar é possível prevenir e/ou reduzir significativamente os comportamentos de risco associados aos estilos de vida e, conseqüentemente os problemas de saúde da população escolar (DGS, 2013a). É desenvolvida tendo por base uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. A sua grande meta é a obtenção de ganhos em saúde e pressupõe uma intervenção que englobe não só a criança/adolescente, mas toda a comunidade educativa, direcionada para seis eixos estratégicos: capacitação; ambiente escolar e saúde; condições de saúde; qualidade e inovação; formação e investigação em saúde escolar; parcerias.

A promoção da saúde visa capacitar os indivíduos e as comunidades para o controlo da sua saúde, no sentido de a melhorar. Promover a saúde na escola torna-se, assim, uma forma privilegiada de promover a saúde da comunidade, tornando-a mais saudável na sua globalidade (Sousa & Trindade, 2013). A promoção da saúde em meio escolar tem por base os princípios de educação para a saúde, e a metodologia de trabalho por projeto, partindo das reais necessidades

identificadas, contribuindo para mais literacia em saúde e consequentemente melhores níveis de saúde.

Os programas de saúde escolar devem preparar as crianças e os adolescentes para que sejam capazes de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes, adotando estilos de vida saudáveis que permitam o desenvolvimento total das suas competências e capacidades (Rocha et al., 2011).

O PNSE (DGS, 2015a) defende que a saúde escolar é imprescindível para a obtenção de melhores determinantes em saúde que, futuramente, aumentem o número de anos de vida saudável dos indivíduos.

A promoção da saúde em meio escolar, segundo o PNSE (DGS, 2015a), passa pela implementação de projetos de promoção do bem-estar a nível global e na promoção da equidade e inclusão de crianças e adolescentes com necessidades de saúde especiais, havendo uma preocupação com a adaptação ao desenvolvimento demográfico, aos novos modelos de sociedade e de família, à crise económica e social e às disparidades regionais. Pretende atingir a totalidade da população escolar, visando que todas as escolas estejam aptas a promover a saúde e o bem-estar de todas as crianças e adolescentes, bem como dos restantes intervenientes da comunidade escolar, contando com o apoio de uma equipa de saúde escolar.

Desta forma, torna-se necessário melhorar o nível de literacia em saúde e promover a adoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para um ambiente escolar seguro e saudável. O PNSE (DGS, 2015a) enfatiza os princípios característicos das Escolas Promotoras de Saúde: equidade, sustentabilidade, participação democrática e *empowerment*.

As ações a nível da promoção da saúde mental e emocional são foco da intervenção no atual PNSE, uma vez que uma boa saúde mental é o pilar da capacitação, do *empowerment* e da responsabilização, que permitem a aquisição sustentada de comportamentos saudáveis. Os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental assumem uma relevância crescente, pois segundo o PNSE (DGS, 2015a, p.2) eles são *a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura*.

Havendo uma melhoria dos conhecimentos em saúde, por parte das crianças e adolescentes, haverá uma diminuição dos comportamentos de risco, o que gera inclusão e melhoria dos indicadores de saúde.

Relativamente às áreas de intervenção, o PNSE (DGS, 2015a), atribui uma maior importância à área emocional. A educação para a sexualidade engloba, também, a promoção dos afetos,

confere, ainda, uma especial atenção aos cuidados posturais e à prevenção de problemas músculo-esqueléticos e introduz a atenção relativamente à prevenção de comportamentos aditivos sem substância, como jogos, internet, entre outros. A fim de promover a aquisição de competências sociais e emocionais, o PNSE (DGS, 2015a) propõe a aplicação de Programas de Competências Sociais e Emocionais (Social and Emotional Learning - SEL), que têm como objetivo a promoção do desenvolvimento relativamente ao autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais, e tomada de decisão responsável.

A nível da promoção e proteção da saúde na escola, o PNSE (DGS, 2015a) destaca a grande diferença entre a vigilância da saúde na infância e ao longo de todo o desenvolvimento do indivíduo, ou seja, há um maior cuidado com os pais no que concerne à saúde da criança, nomeadamente, com o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e com a comparência nos exames de saúde programados. Torna-se crucial a complementaridade entre os Serviços de Saúde e a Escola, através da saúde escolar, para que, não só sejam adquiridas competências de autoconhecimento e autogestão desde a infância, mas também para que estas sejam fortalecidas e mantidas ao longo do desenvolvimento da criança/adolescente.

A escola, logo a seguir à família, é um local privilegiado para a promoção de saúde e a prevenção de doença. O meio escolar é considerado o local de eleição para a implementação e desenvolvimento da educação para a saúde, por diversos motivos: todas as crianças terão de passar pelo sistema de ensino; estudos de investigação mostram que as raízes do comportamento humano se situam na infância e na adolescência; permite trabalhar o indivíduo numa fase de formação em que ainda não adquiriu hábitos prejudiciais à saúde, estando numa fase em que são mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos; existe a colaboração de profissionais pedagogicamente preparados para o ensino (Hockenberry & Wilson, 2014; Precioso, 2004, cit. por Rocha et al., 2011).

Através da Lei nº 46/86, a educação para a saúde é integrada pela primeira vez nos planos curriculares. Assim, a escola passa a ser vista como uma instituição promotora de uma educação mais abrangente e o sistema de ensino deve responder às necessidades da realidade social, contribuindo para o desenvolvimento harmonioso do indivíduo, para a formação de cidadãos responsáveis e autónomos e para a formação adequada ao desenvolvimento pessoal e social.

A conceção da saúde escolar tradicional, que se baseava na prevenção da doença, foi substituída, pela promoção da saúde, tendo implícita a visão do indivíduo como um todo inserido no seu contexto familiar, social e comunitário (Rocha et al., 2011).

Desta forma, o ambiente escolar deve visar a saúde de toda a comunidade em geral, e em particular da população infantojuvenil, pois deve assegurar formação e aprendizagem que promova práticas de saúde consistentes e duradouras (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para alcançar ganhos em saúde e alterações de comportamento, o enfermeiro deve trabalhar em cooperação com toda a população envolvida (docentes, não-docentes e encarregados de educação), assegurando supervisão e educação para a saúde de forma contínua (American Academy of Pediatrics, 2008).

1.1.1 O profissional de enfermagem nas escolas

Desde 1994, que os Ministérios da Educação e da Saúde trabalham em parceria, no sentido de desenvolver o projeto da Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde, no âmbito da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde (DGS, 2015a).

O Programa-tipo de Saúde Escolar foi aprovado, com o intuito de elevar o nível de educação e de saúde da população escolar. Desde 2002 que a saúde escolar implementa o Programa Nacional de Saúde Escolar, através dos Centros de Saúde. Para o desenvolvimento deste projeto de promoção e educação para a saúde, nas escolas ou agrupamentos de escolas, é necessário a constituição de uma equipa coordenada por um docente responsável pela área da saúde, que se articula com as estruturas locais e a restante comunidade (Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2006).

Relativamente à saúde escolar em estabelecimentos privados (colégios e outras instituições), as suas equipas diretivas desenvolvem e organizam o processo de forma diversa. Muitos oferecem um serviço de enfermagem integrado na instituição. Para tal, contratam um enfermeiro que trabalha em parceria com a equipa pedagógica e desenvolve a intervenção em saúde de forma contextualizada, respondendo assim às necessidades da comunidade escolar.

Este serviço de enfermagem tem sido adotado por grande parte dos estabelecimentos de ensino particular, uma vez que os métodos do PNSE não podem ser alargados a escolas privadas, devido à incapacidade do sistema de saúde, por carência de recursos humanos dos centros de saúde (Barbosa, 2013).

A presença do enfermeiro nas escolas pode assim constituir uma assinalável vantagem para o estabelecimento de ensino, uma vez que permite o planeamento e execução de cuidados de

enfermagem adaptados à comunidade escolar, indo ao encontro das necessidades reais identificadas (NASN, 2016).

De facto, constata-se que a profissão de enfermagem é cada vez mais exercida na comunidade, ou seja, fora de ambientes clínicos, como o hospital ou centro de saúde, e dentro de ambientes comunitários, como a escola (Barbosa, 2013). Dentro do contexto escolar, o profissional de enfermagem deve ter um papel multifacetado, prestando cuidados em diferentes áreas, como a saúde física, mental, emocional e social, garantindo assim o sucesso no processo de aprendizagem (NASN, 2016). Para tal, a NASN (2016) identifica diferentes áreas de atuação do enfermeiro em ambiente escolar: promoção do desenvolvimento integral da criança e do adolescente em contexto escolar; liderança nos processos de promoção da saúde e segurança, incluindo um ambiente escolar saudável; prestação de cuidados de saúde de qualidade e intervenção nos problemas reais e potenciais de saúde; avaliação clínica de enfermagem na prestação e gestão de situações de saúde; colaboração ativa com outros profissionais, de modo a estabelecer processos de adaptação, autogestão, autodefesa e aprendizagem, com as crianças, os adolescentes e as suas famílias. Para dar resposta a estas áreas de atuação, o profissional de enfermagem deve levar a cabo inúmeras ações: identificar o estado geral de saúde da comunidade escolar, quanto à nutrição, obesidade, avaliação postural, visual e auditiva; educar em saúde, através de projetos interdisciplinares, abordando temas como a alimentação, a violência, o *bullying*, a higiene, a sexualidade, a segurança, os primeiros socorros, etc. (Costa, Figueiredo & Ribeiro, 2013); prevenir fatores de risco como os acidentes de viação, gravidezes e infeções sexualmente transmissíveis, comportamentos aditivos; promover a participação de toda a comunidade, de forma a envolver as famílias nas ações educativas.

Para além de todas as funções do enfermeiro escolar já apresentadas, podemos ainda acrescentar a responsabilidade de administrar terapêutica em situação aguda; de gerir os cuidados às crianças e adolescentes com alergias, implementando ações preventivas ou curativas; de gerir os cuidados às crianças e adolescentes com doenças crónicas, como a diabetes *mellitus*, a asma, entre outras; de gerir doenças infecciosas, com programas adequados de saúde pública; de gerir situações de pediculose; de atuar em situação de emergência ou catástrofe (NASN, 2016).

O enfermeiro possui um contacto privilegiado com as pessoas e é responsável pela satisfação das necessidades individuais e coletivas (Vilelas & Janeiro, 2012), identificando problemas e intervindo de forma adequada. Na saúde escolar ele é um elemento fulcral na promoção da saúde, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudáveis. Assim, nas escolas a sua intervenção tem como finalidade promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo em idade escolar, o

mais precocemente possível, através de ações educativas e assistenciais (Barbosa, 2013; Brito, 2012).

De acordo com Bernardino et al. (2010, p. 1) *todo o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para a saúde*, uma vez que a execução de cuidados de enfermagem deve integrar processos educativos, sendo da sua função a realização de atividades de Educação para a Saúde (EpS). Assim, o seu papel *passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento* (Bernardino et al., 2010, p. 1).

No âmbito da saúde infantojuvenil, o enfermeiro deve trabalhar no sentido de promover o maior bem-estar possível à criança e adolescente, compreendendo a importância da prevenção da doença e promoção da saúde. A educação e a orientação antecipatória são a melhor forma de prevenir perigos e conflitos de cada período de desenvolvimento, implicando uma orientação aos pais sobre práticas educativas que previnam potenciais problemas (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste sentido, é da responsabilidade do profissional de enfermagem a realização de ações de educação para a saúde que promovam o desenvolvimento de competências das crianças e adolescentes, de forma a trabalhar e preparar a tomada de decisão no âmbito da saúde. Quando falamos em educação para a saúde, em idade escolar, temos de salientar a importância de dar a conhecer hábitos de vida, atitudes e condutas relacionadas com a saúde, assim como fatores que influenciam a mesma (Hockenberry & Wilson, 2014; Barbosa, 2013; Costa, Figueiredo & Ribeiro, 2013; Brito, 2012).

As estratégias de prevenção, para terem bons resultados em saúde, devem ser aplicadas de forma regular e persistente, e necessitam de permanente reavaliação e renovação (Setian et al., 2007). Para o enfermeiro conseguir, como resultado, uma aprendizagem eficaz é fundamental existir da sua parte flexibilidade, criatividade, inovação e atitude proactiva, no sentido de prover as oportunidades mais adequadas, tendo em atenção as particularidades inerentes (Costa, Figueiredo & Ribeiro, 2013; Queirós, Silva & Santos, 2000).

De forma a realizar um trabalho efetivo e tendo em vista as necessidades atuais, torna-se importante ter em consideração a caracterização das necessidades em saúde dos alunos em causa e o conhecimento das necessidades específicas da população, uma vez que se a estratégia não for executada de acordo com a realidade não produz efeito (Costa, Figueiredo & Ribeiro, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Assim, para ser efetivo, um programa de educação para a saúde deve centrar-se em conceitos de saúde que vão ao encontro às necessidades específicas de uma determinada população e deve

promover o envolvimento dos encarregados de educação, de forma a garantir que os ensinamentos veiculados sejam reforçados em casa (Hockenberry & Wilson, 2014; Brito, 2012). Desta forma, quando o enfermeiro aborda respostas comportamentais e a população alvo é uma criança e adolescente, é indispensável a participação de toda a família (Setian et al., 2007).

Quando a educação para a saúde é realizada com população adolescente, é essencial que a intervenção de enfermagem se centre na promoção de comportamentos saudáveis, uma vez que este grupo apresenta uma escassa procura de serviços de saúde, pois é o período mais saudável do ser humano. Sendo a adolescência um período decisivo no desenvolvimento, por haver uma importante integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde, é compreensível a importância do papel do enfermeiro neste contexto. Para desenvolver uma intervenção não é suficiente baseá-la na informação, pois a percepção de que o adolescente bem informado terá consequentemente uma vida saudável, não é real. Assim, a intervenção de enfermagem não deve ser baseada somente no fornecimento de informação, pois não é suficiente para provocar mudanças. Para haver alteração de comportamentos não saudáveis tem de existir envolvimento e motivação. O desejo de mudança *depende de muitos fatores, nomeadamente, motivação intrínseca; seleção e controlo pessoal de decisões; autoconfiança e percepção de eficácia; ambivalência pessoal e ajuda individualizada, entre outros* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 13).

Os riscos associados a estilos de vida desadequados estão presentes em qualquer idade. No entanto, uma abordagem preventiva na adolescência permite induzir uma mudança prematuramente. Desta forma, a prevenção regular em adolescentes é a forma mais eficaz para reduzir a adoção de hábitos prejudiciais à saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nos adolescentes, a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de comportamentos de risco são um investimento muito importante para a sua saúde e também para o seu futuro, uma vez que os resultados de saúde positivos podem perpetuar durante a vida adulta (Ferreira, 2008).

Torna-se importante referir também que, em relação aos riscos de saúde, os adolescentes têm uma predisposição natural para se considerarem invulneráveis ou imunes, pelo que mesmo capazes de compreender e explicar as implicações e as formas de evitar um determinado risco, não são capazes de realizar uma verdadeira prevenção, porque acreditam que tal situação não irá acontecer. Desta forma, é necessário que o enfermeiro seja capaz de reconhecer estes pensamentos para alcançar sucesso na promoção da saúde e nos cuidados antecipatórios (Opperman & Cassandra, 2001).

A educação para a saúde deve minimizar os comportamentos de risco, promover fatores protetores da saúde e oferecer cuidados antecipatórios (Duncan et al., 2007).

Neste sentido, uma condição essencial para planejar e executar estratégias de prevenção e controlo adequadas e eficazes é o conhecimento minucioso acerca do comportamento dos adolescentes. Assim, só depois de possuir este conhecimento acerca dos adolescentes e dos seus hábitos é que o enfermeiro se encontra preparado para executar intervenções de enfermagem ajustadas e com potencial de eficácia (DGS, 2013a).

Como referido anteriormente, o fornecimento de informação não basta para obter bons resultados neste âmbito. Para se conseguir obter ganhos em saúde nesta população é essencial que os adolescentes adquiram conhecimentos, atitudes e competências, de forma a estarem capacitados para realizar escolhas saudáveis (Dowdell, 2006). O desenvolvimento de competências é essencial para os adolescentes se tornarem autónomos e capazes de tomar decisões responsáveis sobre a saúde, de forma a desenvolver comportamentos positivos (Duncan et al., 2007). Desta forma, as intervenções de enfermagem devem incluir ações de educação que capacitem os adolescentes para a tomada de decisão, para a resolução de problemas e para o pensamento crítico (Ferreira, 2008). Devem ser considerados os conhecimentos prévios, os valores e os comportamentos da população, de forma a ajustar as intervenções de enfermagem (Brito, 2012; Carvalho & Carvalho, 2006). Estas intervenções devem cumprir uma determinada sequência lógica. Primeiramente deve ser tido em consideração o que o indivíduo pretende saber e aprender, depois compreender a motivação e a aptidão para a aprendizagem. Seguidamente devem ser colhidos dados relevantes para serem avaliados, de forma a identificar as necessidades de aprendizagem e, posteriormente, deve ser incentivada e promovida a participação do indivíduo no processo (Pacheco & Cunha, 2006, cit. por Bernardino et al., 2010).

Na educação para a saúde, a relação que o profissional estabelece com o grupo é primordial, para garantir a sua motivação. A capacidade de comunicar é fundamental para o estabelecimento dessa relação, que deve ser empática, baseada no respeito pela individualidade, na privacidade, na confidencialidade e na autonomia dos adolescentes. Além da motivação, o envolvimento é um fator importante para a adoção de comportamentos saudáveis que melhorem o estado de saúde, uma vez que havendo uma partilha ativa entre os participantes há uma maior adesão (Ferreira, 2008).

Desta forma, o enfermeiro deve reforçar o investimento em estratégias de educação para a saúde destinadas aos adolescentes, incentivando o desenvolvimento de iniciativas de promoção da literacia em saúde e de capacitação para escolhas saudáveis (DGS, 2013a). Para tal, torna-se fundamental a participação de toda a comunidade educativa, pais, educadores e profissionais de saúde, para que exista desenvolvimento de uma atitude consciente em relação à qualidade de vida (Costa, Figueiredo & Ribeiro, 2013; American Academy of Pediatrics, 2008).

Assim, sendo o propósito desenvolver uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento da criança e do adolescente, desempenhando cuidados de saúde de qualidade, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento do indivíduo (Ordem dos Enfermeiros, 2010), uma vez que, *precisa de melhorar o nível de saúde, através de estratégias de promoção da saúde mais eficazes* (DGS, 2015a, p.10).

1.2 A Adolescência

Os limites cronológicos definidos para a fase da adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estão entre os 10 e os 19 anos, podendo considerar-se a existência de três fases de desenvolvimento: a fase inicial, dos 10 aos 13 anos, a fase intermédia, dos 14 aos 16 anos e a fase tardia ou final, dos 17 aos 19 anos (WHO, 2005).

A adolescência corresponde a uma fase de transição entre a infância e a idade adulta que compreende profundas alterações. Alterações essas que ocorrem a nível físico e biológico (com a puberdade), intelectual, psicossocial e interpessoal (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para muitos autores é um período de instabilidades e redefinições, o que leva a grandes alterações comportamentais (Andrade, 2010).

Torna-se importante salientar que as mudanças vividas durante a adolescência ocorrem no contexto social, nas relações familiares, nos grupos de pares e em ambiente escolar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante a transição da infância para a adolescência dá-se o desenvolvimento do pensamento operatório formal. Assim, os adolescentes desenvolvem a capacidade de pensar em termos abstratos, de pensar sobre possibilidades e hipóteses, podendo associar simbolicamente comportamentos e conceitos abstratos (Hockenberry & Wilson, 2014; Pirraça, 2013; Ferreira, 2008).

Neste sentido, a adolescência torna-se um período de oportunidades, em que novas ideias e opções são exploradas, mas também um período de experimentação, vulnerabilidade e risco. Apesar da maioria dos adolescentes ultrapassar positivamente esta fase, existem alguns aspetos do comportamento associados a esta etapa, tais como a imaturidade e a volatilidade na tomada

de decisões, que podem afetar os aspetos relacionados com a aquisição de estilos de vida saudáveis (Ross, Godeau & Dias, 2004).

Como já mencionado anteriormente, durante este período o indivíduo desenvolve formas de pensamento e de raciocínio mais sofisticadas e, por este motivo, começa a explorar diferentes possibilidades, tanto no que diz respeito às relações afetivas como às preferências profissionais, começando, gradualmente, a tomar decisões educacionais e ocupacionais (Hockenberry & Wilson, 2014; Andrade, 2010).

Com o início do pensamento formal desenvolve-se a capacidade de distinguir o que é certo e o que é errado, e os adolescentes deixam de se basear somente nas crenças dos pais (Ferreira, 2008).

Esta capacidade de abstração, de colocar hipóteses, explorar opções e tomar decisões, faz com que a adolescência seja uma etapa paradoxal, o adolescente vive de sonhos e desejos em relação à fase adulta, no entanto, por outro lado, experiencia momentos de incertezas e ansiedades. É um tempo de novas liberdades e também de novos receios (Andrade, 2010). Assim, o adolescente vai desenvolvendo a sua autonomia e definindo a sua identidade pessoal, sendo o grande desafio desta etapa: a descoberta e a afirmação da identidade pessoal (Sampaio, 2010; Ferreira, 2008; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

A construção da identidade pessoal acontece, essencialmente, durante o período da adolescência, dependendo da capacidade de pensar e resolver problemas. Nesta formação da identidade, os adolescentes vão-se tornando independentes dos pais, vão-se identificando com o grupo de pares e vão explorando as suas crenças (Ferreira, 2008; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

O desenvolvimento social também é um aspeto fundamental durante a adolescência, uma vez que o processo de socialização e de interação interpessoal é muito relevante durante esta fase da vida (Pirraça, 2013; Ferreira, 2008; Menezes, 2005). As relações sociais, tanto com a família como com o grupo de pares, têm muita influência no desenvolvimento do adolescente (Menezes, 2005).

A família é um suporte fundamental durante a fase da adolescência e as relações familiares influenciam as atitudes e comportamentos da população adolescente. Assim, a supervisão adulta e o estilo parental afetam o desenvolvimento da criança e do adolescente (Hockenberry & Wilson, 2014; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

A família é um lugar privilegiado para a construção social, uma vez que é responsável pelas primeiras relações sociais de um indivíduo. Os acontecimentos de vida recebem o seu significado nestas relações familiares, fornecendo os contextos para a maior parte das aprendizagens. A

construção da identidade é influenciada pelo contexto familiar e pelo desenvolvimento social, emocional e intelectual (Rodrigues, 2013).

Os adolescentes que estabelecem boas relações familiares e sentem proximidade em relação aos pais têm tendência para um desenvolvimento psicossocial consistente, uma boa competência comportamental, uma menor suscetibilidade à pressão negativa dos pares e uma menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco. Por outro lado, nas famílias disfuncionais, os adolescentes podem ter o seu desenvolvimento comprometido, apresentar propensão para comportamentos de risco e ter menos tendência para desenvolver atividades que melhorem a saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

A resolução eficaz de conflitos dentro da família e a coesão familiar são fatores que proporcionam ambientes que conduzem a um desenvolvimento saudável para o adolescente (Hockenberry & Wilson, 2014).

Embora as relações familiares nem sempre sejam tranquilas, as famílias e os adolescentes defendem, muitas vezes, valores semelhantes (Papalia, Olds & Feldman, 2001). No entanto a população adolescente empenha-se arduamente para se tornar independente e autónoma dos pais (Menezes, 2005). Assim, conseguir autonomia torna-se a tarefa mais importante da adolescência, adquirindo capacidade de decisão e segurança (Fleming, 1992). Segundo a mesma autora, o adolescente progride na conquista de autonomia se viver num contexto familiar tendo o amor como emoção básica. Se, por outro lado, a emoção básica familiar for hostil, o adolescente não tem segurança que lhe permita levar a cabo o processo de separação e pode fracassar no desenvolvimento da autonomia. Desta forma, a relação familiar, para facilitar a conquista da autonomia, deve ser próxima, afetiva e deve fomentar o diálogo, a negociação e a resolução de problemas (Ferreira, 2008). Compreende-se assim a influência da família no processo de obtenção de autonomia.

Uma outra característica dos adolescentes é o crescente valor que atribuem às suas amizades e às relações com pares. Para os adolescentes os amigos constituem modelos de comportamento social. Os pares são fontes de informação credíveis, são também fontes de reforço social e pontos de interação com estilos de vida diferentes (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos enfermeiros, 2010). O sentimento de pertença a um grupo e a qualidade das relações que são estabelecidas são fatores importantes para desenvolvimento do adolescente. O grupo de pares exerce uma pressão social sobre os elementos que o constituem, no sentido de todos se comportarem de acordo com os padrões revelados pelo grupo e no meio onde estão inseridos. Assim, o grupo reúne condições para o adolescente realizar comparação social. Esta comparação é um processo

sociopsicológico que permite ao adolescente tomar consciência de si próprio, dos outros e do meio social, que pode ter efeitos benéficos, nomeadamente quando a autoestima e a autoconfiança é melhorada, ou pelo contrário, pode ter resultados negativos quando ocorrem comportamentos de grupo que se manifestam desajustados ao próprio (Sprinthall & Collins, 1994).

O grupo colabora na construção da identidade do adolescente e nas escolhas para a vida futura. Na busca da formação pessoal e psicossocial, os adolescentes recebem influências dos seus grupos, que podem contribuir de forma positiva, negativa, ou até como fator de indecisão (Bueno, Strelhow & Câmara, 2010; Locatelli, Bzuneck & Guimarães, 2007).

As amizades próximas e de suporte podem ter efeitos muito benéficos para os adolescentes, porém se os modelos se envolverem ou apoiarem comportamentos problemáticos, há uma grande suscetibilidade de os adolescentes adotarem estes mesmos comportamentos e colocarem em perigo a sua saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

De facto, as relações com o grupo de pares tornam-se extremamente importantes para o adolescente (a aceitação ou a rejeição marca a vida do adolescente), todavia as relações familiares continuam a desempenhar um papel fundamental no seu desenvolvimento, pelo apoio social e emocional (Ferreira, 2008; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

A família é, muitas vezes, um elemento estruturador na promoção da saúde e do bem-estar do adolescente, constituindo-se como modelo (Ferreira, 2008), no entanto a procura de autonomia, a necessidade de afirmação, as contradições e ambivalências podem levar os adolescentes a adotar comportamentos de risco, associados a estilos de vida. A adolescência é, assim, um tempo de oportunidades e de riscos (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

1.3 Determinantes da saúde dos adolescentes

Atualmente, os determinantes da saúde, relacionados com os estilos de vida, têm um peso significativo no desenvolvimento das doenças não transmissíveis (DGS, 2015a). Assim, a saúde mental e competências socio emocionais; os afetos e a sexualidade; a alimentação saudável e atividade física; a higiene corporal e saúde oral; os hábitos de sono e repouso; a educação postural; o consumo de tabaco; o consumo de bebidas alcoólicas; o consumo de substâncias psicoativas ilícitas; os consumos de performance e os comportamentos aditivos sem substâncias

são determinantes de saúde que condicionam a mortalidade e a morbidade na infância e na adolescência. Verifica-se que os adolescentes *diferem na sua exposição e vulnerabilidade a riscos e condições de saúde, tais como, transtornos depressivos, acidentes, abuso de substâncias, distúrbios alimentares, infeções sexualmente transmissíveis, violência, suicídio e lesões autoinfligidas, que podem ser potenciados ou protegidos pelos valores sociais e familiares, os grupos de pares e os ambientes escolares* (DGS, 2015a, p.15).

Alguns determinantes da saúde dos adolescentes são analisados no estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Matos et al., 2014), como os hábitos alimentares, higiene e sono; a imagem do corpo; a prática de atividade física; os tempos livres e novas tecnologias; o uso de substâncias; a violência; a família e ambiente familiar; as relações de amizade e grupo de pares; a escola e ambiente escolar; os comportamentos sexuais; os recursos pessoais e interpessoais. Este estudo é realizado de quatro em quatro anos, em diferentes países, em colaboração com a OMS, que pretende analisar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos diferentes contextos das suas vidas. Atualmente existem 44 países a desenvolver o estudo, entre os quais Portugal. No estudo são inquiridos alunos do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de várias regiões, tratando-se de uma amostra nacional aleatória.

Dos determinantes de saúde mencionados existem alguns que são foco de atenção nesta investigação: a prática de atividade física e a utilização dos tempos livres e novas tecnologias (comportamentos aditivos sem substância). Desta forma, iremos aprofundar, de seguida, a prática de atividade física da população adolescente.

A prática regular de atividade física tem inúmeros benefícios para a saúde, em todas as idades. Ações como caminhar, andar de bicicleta ou praticar um desporto são exemplos de práticas de atividade física de intensidade moderada, que contribuem para a adoção de um estilo de vida saudável (DGS, 2015b; WHO, 2010).

Segundo a OMS (WHO, 2010), o termo atividade física diz respeito a qualquer movimento corporal dos músculos e do esqueleto, que apresente gasto de energia. O termo exercício físico é diferente de atividade física, uma vez que exercício é considerado uma subcategoria de atividade física, que tem como objetivo melhorar ou manter aptidões físicas e necessita de planificação, estrutura e repetição.

As vantagens de manter uma vida fisicamente ativa, com níveis regulares e adequados de atividade física, são inúmeras, entre elas: melhorar a aptidão cardíaca, respiratória e muscular; melhorar a resistência óssea e as condições ortopédicas; reduzir o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial (HTA), diabetes, doença coronária, acidente vascular cerebral, fígado gordo,

câncer colo-retal, depressão; controlar o peso corporal (DGS, 2015b; Hockenberry & Wilson, 2014; WHO, 2010).

Qualquer atividade que contribua para o aumento da atividade física é benéfica, desde que seja adequada à idade e ajustada à condição física da pessoa. A atividade física deve ser o mais completa possível, devendo incluir exercícios que estimulem o sistema cardiovascular (como caminhar, correr, nadar, pedalar), que melhorem a força e a flexibilidade (como elevar, fletir, alongar, puxar, esticar) e que tenham impacto no esqueleto (como saltar, correr) (Hockenberry & Wilson, 2014; Baptista et al., 2011).

A idade escolar é considerada a melhor etapa para desenvolver a aptidão física e para adotar um estilo de vida ativo, que deve ser mantido durante a idade adulta. A prática de atividade física regular tem inúmeros benefícios para as crianças e adolescentes, além de melhorar o seu desempenho acadêmico, beneficia o crescimento e desenvolvimento, melhora o processo de socialização e integração social, melhora a autoestima e previne transtornos psicológicos (Costa et al, 2001).

Se a atividade física traz vantagens significativas para a saúde, a inatividade física tem sido identificada como um fator preponderante no desenvolvimento e manutenção do excesso de peso na infância e na adolescência (Hockenberry & Wilson, 2014) e é um dos principais fatores de risco para a mortalidade global. Nos dias de hoje, verifica-se um aumento da inatividade física em muitos países do mundo, o que afeta negativamente a saúde da população. As pessoas que não praticam atividade física suficiente têm um risco de morte 20% a 30% superior, comparativamente com as que praticam atividade física adequada à sua idade e sexo (WHO, 2010). Mais de 80% dos adolescentes, com idades entre os 11 e os 17 anos, são fisicamente inativos, uma vez que não praticam os níveis mínimos de atividade física recomendada (WHO, 2010). A prática de atividade física tem diminuído, em ambos os sexos, principalmente, durante a fase da adolescência (Baptista et al., 2011).

Considera-se que as crianças e adolescentes, entre os 5 e os 17 anos, são suficientemente ativos se acumularem 60 minutos de atividade física (moderada a vigorosa) diária. Períodos de atividade física superior a 60 minutos diários contribuirão para a obtenção de benefícios adicionais de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014; WHO, 2010).

A família tem influência na modelação do comportamento das crianças e adolescentes, assim a diminuição de atividade física no seio familiar tem uma influência sobre a atividade física realizada pelas crianças e adolescentes (Hockenberry & Wilson, 2014).

São vários os fatores que podem contribuir para a adoção de um estilo de vida sedentário, nomeadamente o desenvolvimento da tecnologia, o aumento da insegurança nos centros urbanos (medo da violência e criminalidade), a diminuição dos espaços públicos, nomeadamente jardins e parques, pela ampliação das zonas construídas e a ausência de um ambiente planificado (falta de passeios, de parques de lazer, de pistas de bicicleta), o tráfego de alta densidade, a poluição. Assim, há menos oportunidades para as crianças e adolescentes se envolverem numa vida ativa, contribuindo para que fiquem em casa envolvidos em atividades sedentárias como ver televisão, jogar jogos eletrónicos e utilizar os computadores (Hockenberry & Wilson, 2014; Machado, 2011; WHO, 2010).

A adoção de um estilo de vida sedentário tem sido apontada como uma das principais causas para a prevalência de excesso de peso e obesidade da população infantojuvenil (Hockenberry & Wilson, 2014; WHO, 2010). Aproximadamente 12,5 milhões de crianças sofrem de excesso de peso ou de obesidade, a nível mundial (Ogden et al., 2012).

A obesidade é um dos problemas de saúde contemporâneos mais desafiantes em todas as faixas etárias, é um problema de saúde crescente e epidémico, principalmente no mundo ocidental, que afeta não só adultos, mas também crianças e adolescentes. Atualmente é consensual que a obesidade é a maior epidemia do século XXI e a doença nutricional mais prevalente a nível mundial (Hockenberry & Wilson, 2014; Azevedo, 2011; Nascimento, Magalhães & Paes, 2011; WHO, 2010; Sousa, Loureiro & Carmo, 2008; Soveral et al., 2005). Na Europa, a prevalência de obesidade e excesso de peso varia entre 3% e 35% aos 13 anos e entre 5% e 28% aos 15 anos (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008).

O excesso de peso e a obesidade são problemas de saúde bastante graves, uma vez que são difíceis de tratar e têm efeitos muito duradouros. A obesidade é considerada o distúrbio alimentar mais comum nas crianças e adolescentes (Hockenberry & Wilson, 2014). Em idades pediátricas, constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, não só pela elevada prevalência, como também pela dificuldade de tratamento e pelas consequências nefastas para a saúde a curto e a longo prazo (Azevedo, 2011).

A OMS descreve a obesidade como sendo uma patologia que resulta numa acumulação excessiva de gordura corporal, que pode atingir graus capazes de comprometer a saúde. O excesso de peso e a obesidade na infância e na adolescência são preditores de excesso de peso e obesidade na idade adulta, uma vez que as crianças e os adolescentes obesos têm mais probabilidade de se tornarem adultos obesos (Azevedo, 2011).

Um indivíduo com excesso de peso ou obesidade apresenta um peso corporal superior ao que deveria tendo em consideração a sua altura. O excesso de peso e a obesidade são determinados pelo IMC, que se traduz no quociente entre o peso (em quilos) e o quadrado da altura (em metros). O IMC é um dos métodos mais utilizados e descritos na literatura para identificar de forma indireta crianças e adolescentes com excesso de gordura corporal. É dos métodos mais vantajosos, uma vez que utiliza medições não invasivas, apresenta baixo custo e uma forte correlação com a gordura corporal.

A acumulação excessiva de gordura corporal, a curto e a longo prazo, vai originar um conjunto de alterações que afetam a fisiopatologia normal do organismo, nomeadamente alterações metabólicas (diabetes *mellitus* tipo 2, síndrome metabólica); hepáticas (fígado gordo); pulmonares (exacerbação da asma, síndrome de apneia obstrutiva do sono); renais; ortopédicas; cardiovasculares (dislipidemia, HTA, hipertrofia ventricular esquerda, aterosclerose, doença coronária, acidente vascular cerebral); e uma série de complicações neurológicas e psicológicas (isolamento social, diminuição da autoestima, depressão) (Hockenberry & Wilson, 2014; Azevedo, 2011; Soveral et al., 2005).

Diversos estudos têm sido realizados, ao longo dos anos, com o objetivo de avaliar e compreender a prevalência de excesso de peso e obesidade da população infantojuvenil. Vários estudos indicam que Portugal ocupa um dos primeiros lugares na prevalência de excesso de peso e obesidade infantil na Europa, sendo que, em média, uma em cada três crianças portuguesas tem excesso de peso ou obesidade (Ministério da Saúde, 2014).

A OMS (WHO, 2007) realizou uma investigação, com adolescentes europeus (entre os 10 e os 16 anos de idade), e encontrou uma prevalência de excesso de peso e obesidade entre os 3% e 35% (aos 13 anos de idade) e entre os 5% e 28% (aos 15 anos de idade). Neste estudo, Portugal foi o quinto, de 32 países, com maior prevalência de excesso de peso e obesidade dos adolescentes com 13 anos de idade de ambos os sexos. Verificaram ainda existir uma associação inversa significativa entre os níveis de atividade física e o excesso de peso, ou seja, quanto mais ativos fisicamente, menor o número de casos com excesso de peso; e quanto mais sedentários, maior o número de casos com excesso de peso.

Em 2008, a Sociedade para o Estudo da Obesidade divulgou os dados nacionais acerca da prevalência de excesso de peso e obesidade de adolescentes entre os 11 e os 15 anos de idade, mostrando que 28% desses adolescentes tinham excesso de peso e 11% eram considerados obesos. Nesse mesmo ano, um outro estudo, realizado em Portugal Continental, com

adolescentes entre os 10 e os 18 anos de idade, revelou indicadores de excesso de peso de 22,6% e de obesidade de 7,8% (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008).

Os rapazes apresentam indicadores de prevalência de excesso de peso superior às raparigas em todos os países da Europa (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008). O estudo HBSC (Matos et al., 2014) apresenta resultados que mostram que em Portugal se tem verificado um aumento da prevalência de obesidade em adolescentes do sexo masculino. O estudo Pro Children realizado em Portugal, com adolescentes de 11 anos de idade, também demonstrou uma prevalência de excesso de peso e obesidade superior nos rapazes, em relação às raparigas (26,5% de rapazes com excesso de peso VS 17,7% de raparigas e 6,2% de rapazes com obesidade VS 2,2% de raparigas) (Yngve et al., 2007). Também o estudo EPITeen, desenvolvido no Porto, com adolescentes de 13 anos de idade, no ano letivo 2003/2004, verificou uma prevalência de excesso de peso e obesidade superior nos rapazes em relação às raparigas (20,8% dos rapazes VS 18,8% das raparigas com excesso de peso e 6,6% dos rapazes VS 5,7% das raparigas com obesidade) (Ramos & Barros, 2007).

O estudo HBSC (Matos et al., 2014), apesar de concluir que existe uma prevalência de excesso de peso superior nos rapazes, também apurou que são estes que apresentam melhores resultados tanto na condição física geral como na condição física específica, uma vez que as raparigas praticam menos atividade física.

Embora pareça evidente a relação entre atividade física e obesidade, alguns estudos defendem que as alterações dos níveis de atividade e inatividade físicas são reduzidas e pouco prováveis de serem responsáveis pelo aumento da prevalência crescente de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes, o que nos leva a concluir, tal como Azevedo (2011) que existe ainda muito por esclarecer no que concerne a estas associações.

De todos os problemas de saúde relacionados com a obesidade, a HTA tem-se tornado um dos mais preocupantes. Na idade pediátrica é um problema de saúde com uma dimensão cada vez mais alarmante, que tem surgido pelas alterações dos estilos de vida e pelo aumento da prevalência de excesso de peso e de obesidade das crianças e adolescentes (DGS, 2013b; Gusso & Lopes, 2012). Na população portuguesa, é um dos fatores de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudáveis. É o mais significativo fator de risco modificável para as doenças do aparelho cardiovascular, que são a primeira causa de morte em Portugal (DGS, 2015b). Com o aumento dos níveis de obesidade tem aumentado a incidência de HTA nos adolescentes (Hockenberry & Wilson, 2014). A HTA, em idade pediátrica, é uma patologia rara, no entanto a HTA severa não tratada, na criança, apresenta elevado risco de morbilidade e mortalidade. Identificar casos de HTA ligeira ou valores de TA no limite superior do normal tem benefícios

relevantes. A predisposição para a HTA no adulto pode iniciar-se durante a infância ou adolescência, sendo que as crianças com níveis de TA mais elevados apresentam maior probabilidade de virem a ser adultos hipertensos (Correia, 2007).

Outro determinante de saúde dos adolescentes que requer análise e estudo diz respeito à utilização dos tempos livres e das novas tecnologias (comportamentos aditivos sem substância).

Na sociedade contemporânea, principalmente em populações com níveis socioeconómicos médios/altos, o tempo de utilização de dispositivos tecnológicos, como os telemóveis, as televisões, os *tablets*, os computadores, tem aumentado de forma significativa, principalmente nas últimas décadas (Hockenberry & Wilson, 2014).

As crianças e adolescentes são, de forma prematura, cada vez mais expostos e estimulados para a utilização das tecnologias, aprendendo precocemente a utilizar este tipo de equipamentos quer para fins escolares e de informação, como também com objetivos de entretenimento (Spizzirri et al., 2012). Na sociedade contemporânea as brincadeiras tradicionais (jogar às escondidas, à apanhada, jogar à bola, andar de bicicleta, de patins ou trotineta, brincar com bonecas, etc.) são cada vez mais raras e já não são consideradas brincadeiras favoritas, uma vez que os equipamentos tecnológicos são a referência do lazer (Paiva & Costa, 2015).

Atualmente, a população adolescente passa grande parte do seu tempo a utilizar tecnologia, sendo este o seu maior interesse. Este comportamento dos adolescentes tem sido objeto de diferentes estudos e tem gerado inquietações aos responsáveis pela educação, uma vez que a frequência de utilização, as formas e as finalidades do uso originam necessidade de controlo (Spizzirri et al., 2012).

O facto das crianças e adolescentes substituírem as brincadeiras mais tradicionais, isto é, atividades que envolvem movimento e desempenho físico (potencialmente ativas) por equipamentos tecnológicos que predispõe a inatividade física, pode comprometer a saúde, não só a nível físico mas também psicológico, uma vez que, muitas vezes, gera o isolamento social dos seus utilizadores (Paiva & Costa, 2015; Machado, 2011).

Muitas vezes a linha limite que separa a utilização equilibrada e enriquecedora da tecnologia da dependência do seu uso é muito ténue. Na atualidade, a utilização dos equipamentos eletrónicos está a tornar-se patológica em vez de produtiva, não só no uso quantitativo, como também na qualidade dos conteúdos explorados (Eisenstein & Estefenon, 2011).

Nas últimas décadas, as várias tecnologias emergentes têm influenciado os comportamentos, as relações sociais e o desenvolvimento dos adolescentes. A utilização alargada da internet; o acesso

a redes sociais como o *Facebook*, o *Instagram*, os *chats*, o correio eletrónico, os *blogs*; o uso dos canais como o *Youtube*; a comunicação através de fotografias e vídeos; criaram comunidades virtuais e formas dos adolescentes interagirem uns com os outros, sem estarem presentes fisicamente (Hockenberry & Wilson, 2014).

Esta dependência da tecnologia é cada vez mais frequente, principalmente na população adolescente (Paiva & Costa, 2015).

A recomendação mais frequentemente citada é baseada na visualização de televisão e foi proposta pela American Academy of Pediatrics (2001), recomendando limitar a visualização de televisão, programas de qualidade, à população adolescente, a menos de 2 horas por dia. No entanto, segundo o Relatório Preliminar do estudo HBSC (Matos et al., 2014), mais de 20% dos adolescentes portugueses passam 4 ou mais horas por dia a ver televisão durante os dias da semana e cerca de metade dos adolescentes (50%) passam 4 ou mais horas por dia a ver televisão durante os fins-de-semana.

Relativamente ao número de horas a jogar no computador, metade dos adolescentes joga meia hora ou menos durante a semana, e mais de um terço joga uma a três horas ao fim de semana e cerca de 40% dos adolescentes utilizam uma a três horas do seu dia para jogar videojogos ou computador (Matos et al., 2014).

O uso de computador para conversar, navegar na internet, enviar *e-mails*, para os trabalhos de casa, etc., corresponde a uma ocupação de uma a três horas por dia, para cerca de metade dos adolescentes (Matos et al., 2014).

Como mencionado anteriormente, os padrões de atividade física dos adolescentes mudaram, havendo uma diminuição da prática de atividade física, este facto é associado ao aumento do tempo gasto a ver televisão, navegar na internet e a jogar computador (Azevedo, 2011), atividades com um baixo gasto energético, o que produz um impacto no dispêndio de energia e aumenta entre 20 a 30% a taxa de metabolismo basal (Teixeira et al., 2006).

De facto, existem vários autores que mencionam estudos que mostram uma relação entre o uso de televisão e a obesidade infantil (Gable, Chang & Krull, 2007; Neumark-Sztainer et al., 2003). Segundo um estudo da OMS (WHO, 2007), realizado com crianças e adolescentes de vários países europeus, existe uma associação positiva entre o tempo despendido a ver televisão e a prevalência de excesso de peso, em 65% dos países em estudo. Estes dados sustentam um corpo de evidência que reconhece o comportamento de ver televisão e utilizar outros equipamentos tecnológicos como um dos principais fatores associados ao excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O estudo em causa foi desenvolvido em contexto escolar, tendo como finalidade contribuir para o conhecimento do perfil de saúde da comunidade estudantil do CNSP. Para tal foi estudada a prática de atividade física e a utilização de equipamento tecnológico, dos adolescentes do colégio, relacionando estes dados com o cálculo do IMC e dos valores de TA avaliados.

Neste capítulo são apresentadas e fundamentadas as decisões metodológicas assumidas durante o processo de investigação, referentes à população, ao contexto, ao instrumento de recolha de dados, às variáveis em estudo, ao método de recolha de dados, ao tratamento de dados e às considerações éticas do processo de pesquisa, no sentido de alcançar os objetivos do estudo.

A fase metodológica permite compreender a forma como o fenómeno em estudo é integrado num plano de trabalho, incorporando as atividades que concretizam a investigação (Fortin, 2009).

2.1 Justificação do estudo

A escolha da temática partiu de uma inquietação pessoal e profissional, baseada na realidade observada e vivenciada em contexto escolar, e na preocupação revelada por outros profissionais da área de educação.

Os projetos de investigação no âmbito da saúde, principalmente em contexto escolar, devem ter em consideração os determinantes de saúde, como os estilos de vida.

Sendo a adolescência uma fase da vida com risco de desenvolvimento de comportamentos desadequados no âmbito da saúde, estando estes entre as principais causas de morbilidade, mortalidade e problemas sociais na adolescência, existe pertinência no estudo destes comportamentos (DGS, 2015a; DGS, 2013a).

O desenvolvimento de estudos sobre a problemática dos comportamentos de risco na adolescência justifica-se amplamente, uma vez que só assim é possível ajustar ações de educação para a saúde e projetos de intervenção em saúde para adolescentes (Hockenberry & Wilson, 2014; Sousa & Trindade, 2013).

As escolas são contextos privilegiados para a realização de promoção da saúde, na população adolescente, pois propiciam a participação dos adolescentes e o envolvimento da família e da comunidade (DGS, 2015a; Rocha et al, 2011). Estas ações de EpS têm como principal finalidade obter ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos adolescentes, através de mudanças de atitude e comportamento.

2.2 Finalidade e objetivos

A finalidade desta investigação é contribuir para o conhecimento do perfil de saúde da comunidade estudantil do CNSP, estudando e relacionando a prática de atividade física e a utilização de equipamentos tecnológicos dos adolescentes do colégio, fazendo a sua avaliação antropométrica e da TA.

Os objetivos são:

- Avaliar a antropometria dos adolescentes do CNSP: peso, altura e IMC;
- Avaliar a TA dos adolescentes do CNSP;
- Identificar a prática de atividade física dos adolescentes do CNSP;
- Identificar o tempo de utilização de dispositivos eletrónicos (televisão, telemóvel, computador, tablet) pelos adolescentes do CNSP;
- Analisar as relações entre os valores antropométricos e os valores de TA dos adolescentes do CNSP;
- Analisar as relações entre os valores antropométricos e a prática de atividade física dos adolescentes do CNSP;
- Analisar as relações entre os valores antropométricos e a utilização de dispositivos eletrónicos dos adolescentes do CNSP.

2.3 Tipo de estudo

O estudo realizado em contexto de saúde escolar insere-se no paradigma quantitativo e é do tipo exploratório, descritivo, correlacional e transversal.

Os estudos quantitativos procuram descrever um número alargado de casos, de modo a formular generalizações a respeito de uma população. Caracterizam-se pela obtenção de resultados numéricos, podendo explicar, predizer e estabelecer relações de causa-efeito, através de medidas aplicadas às variáveis e pela análise dos dados numéricos. Numa investigação do tipo quantitativo há definição de variáveis, recolha metódica de dados e análise com recurso a técnicas estatísticas (Fortin, 2006).

É um estudo descritivo uma vez que se descreve um conceito relativo a uma população e se descreve as características dessa população no seu conjunto, sendo por isso muito específico (Fortin, 2009). O objetivo do estudo descritivo é obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos pouco estudados, de forma a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população. Os estudos descritivos encontram-se num primeiro nível de investigação e são baseados em objetivos ou questões de investigação (Fortin, 2006).

É um estudo de cariz correlacional porque procura determinar a existência de relações entre as variáveis, no sentido de descrever e compreender essas relações. O principal objetivo é encontrar quais os fatores que se associam a um fenómeno (Fortin, 2009).

O estudo caracteriza-se também como transversal, uma vez que estuda fenómenos presentes num dado momento. Ou seja, os dados colhidos e a informação reunida dizem respeito a um fenómeno presente no momento da investigação. Os estudos transversais medem a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população, num determinado período de tempo, sendo económicos, simples de organizar e com dados imediatos e utilizáveis (Fortin, 2006).

2.4 População

Chama-se população ao conjunto de todos os elementos que têm pelo menos uma característica comum. A população do estudo foi constituída pelos adolescentes do CNSP. O total de adolescentes que estuda no colégio é de 256. Não houve necessidade de identificar uma amostra, uma vez que a população era pouco extensa, conhecida e acessível, permitindo que fosse integralmente estudada.

Participaram na investigação 254 adolescentes, do 2ºciclo, 3ºciclo e ensino secundário do CNSP, no Porto, no ano letivo 2015/2016.

Foram considerados como critérios de inclusão no estudo: a autorização de participação dos encarregados de educação; a aceitação dos adolescentes para a participação no estudo; a presença no momento de aplicação do questionário.

Foram considerados como critérios de exclusão no estudo: ausência de informações relevantes no questionário (nome e data de nascimento); ausência de resposta ou respostas inválidas em muitas questões do questionário.

Dois adolescentes foram excluídos do estudo, por não autorização dos seus encarregados de educação.

Os participantes estão integrados em 18 turmas diferentes: três do 5ºano, duas do 6ºano, uma do 7ºano, duas do 8ºano, uma do 9ºano, três do 10ºano, três do 11ºano e três do 12ºano.

2.5 Instrumento de recolha de dados

Na presente investigação foi utilizado o questionário de autopreenchimento (Anexo 1), como instrumento de recolha de dados. Esta escolha prendeu-se com o facto de este se adequar ao estudo em questão, ser económico, rápido e fácil de usar, sendo um dos métodos de recolha de dados mais utilizados pelos investigadores (Fortin, 2006).

Os questionários, geralmente, têm como finalidade a recolha de informação factual sobre acontecimentos ou situações (Fortin, 2006). São um meio válido para colher informação sobre os hábitos dos adolescentes, devendo haver, por parte do investigador, cuidado na conceção do instrumento de recolha de dados (Brenner et al., 2003).

O questionário usado na investigação foi elaborado para esse fim, com o intuito de responder aos objetivos do estudo. Relativamente à estrutura do questionário, este constitui-se, inicialmente, por questões sociodemográficas como o sexo, a data de nascimento (idade) e o ano de escolaridade e desenvolve-se com questões referentes à prática de atividade física e à utilização de dispositivos eletrónicos.

2.5.1 Variáveis em estudo

As variáveis de um estudo são aspetos, propriedades, características ou fatores observáveis ou mensuráveis de um fenómeno (Fortin, 2006).

As variáveis deste processo de investigação são variáveis sociodemográficas: sexo, idade, ano de escolaridade e variáveis referentes à saúde: peso, altura, TA, atividade física e utilização de dispositivos eletrónicos. Considerámos que estas duas últimas variáveis (atividade física e dispositivos eletrónicos) se inserem no grupo de variáveis referentes à saúde, pois de acordo com diversos autores (Matos et al., 2014; Gusso & Lopes, 2012) interferem com a saúde dos adolescentes.

A idade dos adolescentes foi categorizada em três classes: 10 a 13 anos, fase inicial da adolescência; 14 a 16 anos, fase intermédia da adolescência, e 17 a 19 anos, fase final ou tardia da adolescência (WHO, 2005).

As variáveis peso e altura foram operacionalizadas em IMC, que se traduz no quociente entre o peso (em quilos) e o quadrado da altura (em metros). A utilização do IMC em crianças e adolescentes é dificultada pela inexistência de pontos de corte consensuais, ainda que muito usado nesta faixa etária. Na população adulta, os pontos de corte para definir o excesso de peso e a obesidade são amplamente aceites pela comunidade científica, o que não acontece na população pediátrica, em que as definições de excesso de peso e obesidade se baseiam em métodos estatísticos, pela dificuldade no estabelecimento de relações causais. Assim, a classificação do IMC em crianças e adolescentes assume particularidades decorrentes do crescimento com variabilidade entre géneros (Junior et al., 2009). Segundo os mesmos autores há uma grande divergência com relação aos pontos de corte que devem ser utilizados para definir excesso de peso corporal em adolescentes a partir da utilização desse indicador.

Atualmente existem e estão descritos na literatura diferentes critérios para definir obesidade infantil, tendo por base o cálculo do IMC. O critério utilizado para definir os pontos de corte do IMC neste estudo foi o da OMS (WHO, 2007). Em 2006, a OMS publicou curvas de crescimento dos 0 aos 5 anos e, em 2007, produziu curvas de crescimento para uma faixa etária mais alargada, dos 5 aos 19 anos de idade, sendo estas últimas utilizadas no decorrer desta investigação. O IMC foi categorizado em cinco categorias: magreza severa, magreza, normal, excesso de peso e obesidade. Utilizamos para a determinação do IMC os valores expressos pela OMS (WHO, 2007), apresentados em anexo (Anexo 2). Os valores referenciados em percentis apontam para a seguinte classificação: abaixo do percentil 3 magreza severa; entre o percentil 3 e percentil 15

magreza; entre o 15 e 85 normal; entre o percentil 85 e 97 excesso de peso; acima do percentil 97 obesidade. Foi esta a classificação usada no presente estudo.

Relativamente aos valores de TA, foram categorizados em quatro categorias: normal, pré-HTA, HTA estágio 1 e HTA estágio 2, de acordo com estádios propostos pela DGS (2013) e segundo o Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Anexo 3) (DGS, 2013b). Cada adolescente foi classificado de acordo com o seu percentil de altura, segundo o género e a idade.

No que se refere à atividade física, foi categorizada em duas categorias: ativo e sedentário, tendo em consideração as recomendações da OMS (WHO, 2010), em que os adolescentes são suficientemente ativos se praticarem 7 ou mais horas de atividade física por semana e são considerados sedentários se praticarem menos de 7 horas de atividade física por semana. Para esta categorização de atividade física considerou-se o somatório da atividade física realizada no colégio e fora do colégio.

Relativamente ao tempo de utilização de dispositivos eletrónicos, foi diferenciado o tempo utilizado durante os cinco dias úteis da semana e os dois dias de fim-de-semana (fds), no sentido de compreender as disparidades entre ambos. E foi discriminado em três atividades distintas: ver televisão, jogar jogos eletrónicos e usar a internet.

2.6 Processo de recolha de dados

O processo de recolha de dados foi realizado durante o mês de março de 2016 através de questionário autopreenchido. Os questionários foram impressos e preenchidos por escrito pelos participantes. Posteriormente, foram registados pelo investigador na base de dados.

Os dados relativos à avaliação antropométrica foram colhidos durante as duas primeiras semanas de abril de 2016 e a avaliação da TA foi realizada nas duas últimas semanas de abril e durante o mês de maio, tendo estes dados sido avaliados pelo investigador e, posteriormente, registados no questionário do adolescente.

Os participantes preencheram os questionários durante as aulas de Formação Cívica (aulas de 45 minutos), em sala de aula, sob a supervisão do investigador, de forma a promover a adesão.

Antes do preenchimento dos questionários informou-se sobre os objetivos do estudo e o seu carácter voluntário e confidencial.

No âmbito da avaliação antropométrica, torna-se importante referir que todas as medições foram realizadas durante as aulas de Educação Física, no ginásio do colégio.

O peso foi avaliado por uma balança de análise corporal (Tristar®), com os adolescentes descalços e com roupa leve (calções e *t-shirt*), posicionados no centro da balança, com o peso distribuído igualmente pelos dois pés.

O procedimento para medição do peso foi realizado de acordo com a padronização descrita por Lohman et al., 1988:

- Colocar a balança em superfície plana e firme, afastada da parede;
- Ligar a balança antes do adolescente se colocar sobre ela;
- Pedir ao adolescente para se colocar no centro do equipamento, descalço, com roupa leve (o mínimo de roupa possível), com o peso distribuído igualmente pelos dois pés e os braços estendidos ao longo do corpo;
- Manter o adolescente parado nesta posição;
- Realizar a leitura após o valor do peso estar fixo no visor da balança;
- Registrar o valor mostrado no visor da balança.

A estatura foi medida por um estadiómetro de parede (Bodymeter 206 – SECA®), com os adolescentes de pé, descalços, com os calcanhares unidos e a cabeça no plano horizontal de Frankfurt (linha imaginária que passa pelo bordo inferior da órbita e pelo bordo superior do meato auditivo externo).

O procedimento para medição da estatura foi realizado de acordo com a padronização descrita por Lohman et al., 1988:

- Reunir o equipamento necessário: estadiómetro de parede (Bodymeter 206 – SECA®);
- Fixar o estadiómetro à parede, de acordo com as recomendações do fabricante;
- Pedir ao adolescente para se colocar de pé, descalço, com os calcanhares, gémeos, escápulas e ombros encostados à parede, joelhos esticados, pés juntos, braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça no plano horizontal de Frankfurt;
- Manter o adolescente parado nesta posição;
- Descer o aparelho até que a barra fique encostada na cabeça do adolescente (com pressão suficiente para comprimir o cabelo);
- Realizar a leitura da estatura na fita métrica;
- Registrar o valor encontrado na fita métrica.

O critério de definição de obesidade adotado baseou-se na determinação do IMC visto que apresenta maior sensibilidade e aplicabilidade, e é o método mais preciso para rastrear a obesidade em crianças e jovens (Hockenberry & Wilson, 2014).

A avaliação da TA foi realizada no decorrer de diferentes aulas, Formação Cívica, Educação Moral e Religiosa Católica, Educação Visual e Educação Tecnológica, no serviço de enfermagem do colégio.

A TA foi determinada com utilização de método auscultatório de manómetro aneróide (ERKA®), tendo a porção insuflável da braçadeira dimensões adequadas. Os adolescentes encontravam-se em ambiente calmo, em posição sentado, com as costas apoiadas e os pés assentes no chão. Foi garantido um período de descanso anterior, não tendo sido realizada nenhuma avaliação após as aulas de Educação Física.

O procedimento de avaliação da TA foi realizado de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013:

- Recorrer a manómetro aneróide (ERKA®) e estetoscópio;
- Pedir ao adolescente para se manter sentado, com as costas apoiadas e os pés assentes no chão, sem falar;
- Colocar a braçadeira (de dimensões adequadas) no braço do adolescente;
- Colocar a campânula do estetoscópio na região anterior do braço, por baixo da porção insuflável;
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos;
- Insuflar o manómetro aneróide;
- Soltar lentamente a pressão até identificar o valor da TA sistólica e diastólica no visor do aparelho;
- Registar os valores encontrados.

Os valores de TA foram categorizados tendo em conta as normativas da DGS (2013), segundo o PNSIJ (DGS, 2013b). A terminologia utilizada para caracterizar cada categoria estabelecida foi: normal, pré-HTA, HTA Estádio 1 e HTA Estádio 2. Cada adolescente foi classificado de acordo com o seu percentil de altura, segundo o género e a idade.

2.7 Tratamento de dados

Inicialmente, os dados recolhidos foram registados numa base de dados no programa SPSS, versão 23. De seguida, foi realizada a análise e o tratamento estatístico.

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva e estatística inferencial, e foram apresentados sobre a forma de tabelas.

Para as variáveis categóricas ou qualitativas foram descritas as frequências absolutas e relativas, para as quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão. Recorreu-se ao teste de Qui-quadrado de Pearson para analisar a associação entre variáveis nominais. Utilizou-se o teste de correlação de Pearson para analisar a associação entre variáveis quantitativas.

Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

2.8 Considerações Éticas

Neste estudo foram tidas em conta as considerações éticas inerentes ao processo de pesquisa.

A investigação foi apresentada e aprovada pela Direção do Colégio Nossa Senhora da Paz (Anexo 4).

Posteriormente, foi enviado a todos os encarregados de educação uma circular informativa, para consentimento informado, com a apresentação do estudo e todas as explicitações acerca da investigação (Anexo 5).

De forma a assegurar os direitos de autodeterminação, o preenchimento do questionário foi de carácter voluntário, podendo os adolescentes que não quisessem participar, mesmo que tivessem o consentimento dos pais, recusar-se a fazê-lo.

Torna-se fundamental referir que foram levados a cabo todos os procedimentos necessários para garantir a confidencialidade e a proteção dos dados recolhidos.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo é classificada, genericamente, a população e são apresentados os resultados do estudo, tendo em conta os objetivos da investigação.

Realizando uma classificação genérica da população, verifica-se que o estudo integra participantes entre os 10 e os 18 anos, de ambos os sexos, com uma distribuição quase arbitrária, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da população de acordo o sexo e as fases da adolescência

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Fases da adolescência	10 – 13	79	86	165
	14 – 16	37	33	70
	17 – 19	9	10	19
Total		125	129	254

Para dar resposta ao primeiro objetivo do estudo: avaliar a antropometria dos adolescentes (peso e altura), apresenta-se, de seguida, os dados do cálculo do IMC, que foi categorizado segundo a OMS (WHO, 2007).

Tabela 2 - Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC da população

		Frequência	Percentagem
Categorias de IMC	Magreza	3	1,2 %
	Normal	169	66,5 %
	Excesso de Peso	58	22,8 %
	Obesidade	24	9,4 %
	Total	254	100,0 %

Verifica-se que há uma distribuição por quatro categorias: magreza, normal, excesso de peso e obesidade. Observa-se que a maioria dos adolescentes apresenta um IMC normal, todavia existem

82 adolescentes com um IMC elevado, ou seja, 32,2% dos participantes tem excesso de peso ou obesidade.

Ainda referente às categorias do IMC, verifica-se frequências e valores percentuais diferentes entre os géneros, como se mostra na Tabela 3.

Tabela 3 - Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC de acordo com o sexo

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Categorias de IMC	Magreza	n	3	0	3
		%	2,4%	0,0%	1,2%
	Normal	n	92	77	169
		%	73,6%	59,7%	66,5%
	Excesso de Peso	n	23	35	58
		%	18,4%	27,1%	22,8%
	Obesidade	n	7	17	24
		%	5,6%	13,2%	9,4%
	Total	N	125	129	254
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Os sujeitos do sexo masculino apresentam valores de IMC mais elevados em relação aos sujeitos do sexo feminino. Observa-se que 40,3% dos rapazes e 24,0% das raparigas tem excesso de peso ou obesidade. Esta diferença percentual poderá estar relacionada com os cuidados mais regulares e rigorosos que as raparigas têm com o corpo e também com a alimentação, uma vez que os rapazes apresentam hábitos alimentares menos saudáveis, com ingestão alimentar em quantidades exageradas.

Para verificar se efetivamente há relação entre o sexo e as categorias de IMC, recorre-se ao teste do Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%, para analisar a associação entre variáveis nominais, executando análises de frequências. As hipóteses a testar neste teste são:

- H0 (hipótese nula): as variáveis categorias de IMC e sexo são independentes
- H1 (hipótese alternativa): as variáveis categorias de IMC e sexo não são independentes ou estão correlacionadas.

Tabela 4 - Teste Qui-quadrado de Pearson entre as categorias de IMC e o sexo

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10,921	3	,012
Nº de Casos Válidos	254		

A Tabela 4 mostra que o valor de prova (Sig) do teste do Qui-quadrado é 0,012 que é menor do que 0,05, o nível de significância considerado, logo, pela regra arbitrária de Fisher, há evidência estatística para rejeitar a hipótese nula, ou seja, pode concluir-se que as variáveis estão associadas, havendo uma relação entre o sexo e a categoria de IMC.

Ainda relativamente às categorias do IMC, subdividimos a população segundo os escalões etários preconizados pela WHO (2005).

Tabela 5 - Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC de acordo com as fases da adolescência

			Fases da adolescência			Total
			10 – 13	14 - 16	17 - 19	
Categorias de IMC	Magreza	n	2	1	0	3
		%	1,2%	1,4%	0,0%	1,2%
	Normal	n	102	49	18	169
		%	61,8%	70,0%	94,7%	66,5%
	Excesso de Peso	n	43	15	0	58
		%	26,1%	21,4%	0,0%	22,8%
	Obesidade	n	18	5	1	24
		%	10,9%	7,1%	5,3%	9,4%
Total	N	165	70	19	254	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Verifica-se que os sujeitos com idades entre os 10 e os 13 anos são os que apresentam valores percentuais superiores de excesso de peso e obesidade. Assim, 37% dos adolescentes entre os 10 e os 13 anos de idade têm excesso de peso ou obesidade, o que poderá estar relacionado com

todas as alterações corporais inerentes ao processo pubertário. A maioria dos adolescentes entre os 17 e os 19 anos apresenta um IMC adequado, o que poderá demonstrar a crescente preocupação com a imagem corporal e, conseqüentemente, os cuidados com o corpo.

No sentido de averiguar a relação entre as fases de adolescência e as categorias de IMC, realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, que apresentou um valor de prova de 0,148 que é maior que o nível de significância de 5% considerado, pelo que não se rejeita a hipótese de independência das variáveis, ou seja, não foi possível estabelecer relação entre elas.

Seguidamente, procedeu-se à análise segundo os mesmos escalões etários mas agora segundo o sexo, como se observa na Tabela 6 e na Tabela 7.

Tabela 6 - Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC dos rapazes de acordo com as fases da adolescência

		Fases da adolescência			Total	
		10 – 13	14 – 16	17 - 19		
Categorias de IMC dos rapazes	Normal	n	47	20	10	77
		%	54,7%	60,6%	100,0%	59,7%
	Excesso de Peso	n	27	8	0	35
		%	31,4%	24,2%	0,0%	27,1%
	Obesidade	n	12	5	0	17
		%	14,0%	15,2%	0,0%	13,2%
Total	N	86	33	10	129	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 7 - Valores absolutos e relativos referentes às categorias de IMC das raparigas de acordo com as fases da adolescência

		Fases da adolescência			Total	
		10 – 13	14 - 16	17 - 19		
Categorias de IMC das raparigas	Magreza	n	2	1	0	3
		%	2,5%	2,7%	0,0%	2,4%
	Normal	n	55	29	8	92
		%	69,6%	78,4%	88,9%	73,6%
	Excesso de Peso	N	16	7	0	23
		%	20,3%	18,9%	0,0%	18,4%
	Obesidade	n	6	0	1	7
		%	7,6%	0,0%	11,1%	5,6%
Total	N	79	37	9	125	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Nos rapazes com idades entre os 10 e os 13 anos verifica-se que 54,7% apresenta um IMC normal e 45,4% tem excesso de peso ou obesidade. Nos rapazes com idades entre os 14 e os 16 anos verifica-se que 60,6% apresenta um IMC normal e 39,4% tem excesso de peso ou obesidade. Nos rapazes com idades entre os 17 e os 19 anos verifica-se que todos os adolescentes apresentam um IMC normal (100%), nenhum dos rapazes entre os 17 e os 19 anos de idade tem excesso de peso ou obesidade.

Nas raparigas com idades entre os 10 e os 13 anos verifica-se que 69,6% apresenta um IMC normal e 27,9% tem excesso de peso ou obesidade. Nas raparigas com idades entre os 14 e os 16 anos verifica-se que 78,4% apresenta um IMC normal e 18,9% tem excesso de peso. Nas raparigas com idades entre os 17 e os 19 anos verifica-se que 88,9% apresenta um IMC normal e 11,1% tem obesidade.

No grupo dos rapazes verifica-se que não existe nenhum adolescente que apresente magreza, o que não acontece no grupo das raparigas, em que 3 apresentam um IMC abaixo do normal.

Desta forma, observa-se que o grupo com níveis mais elevados de IMC é o grupo dos rapazes entre os 10 e os 13 anos de idade, o que poderá estar relacionado com hábitos alimentares não saudáveis, com ingestão alimentar em quantidades exageradas, com desmazelo em relação aos cuidados com o corpo e pouca preocupação com a imagem corporal.

Ainda relativo ao estudo do IMC dos adolescentes, podemos observar a distribuição dos valores médios do IMC, pelas respectivas idades, na Tabela 8, sendo que a maior amplitude se situa aos 18 anos (DP 7,4) logo seguido dos 16 anos (DP 4,6).

Tabela 8 - Distribuição numérica do IMC dos adolescentes por idade

IMC (por idade)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
10	40	13,9	28,1	19,7	3,0
11	47	14,8	34,2	20,2	3,7
12	32	16,4	24,8	19,5	2,2
13	46	15,0	28,5	20,2	2,8
14	34	16,8	28,6	21,8	2,7
15	14	19,5	29,7	23,1	2,8
16	22	15,7	37,2	22,2	4,6
17	14	18,8	24,5	21,5	1,8
18	5	16,2	35,4	22,8	7,4

Pode também testar-se a relação entre estas duas variáveis fazendo o teste de correlação de Pearson, que permite testar a correlação entre duas variáveis quantitativas, como é o caso. Cujas hipóteses a testar são:

- H0: as variáveis IMC e Idade são independentes
- H1: as variáveis IMC e Idade não são independentes ou estão correlacionadas.

Tabela 9 - Teste de Correlação de Pearson para a Idade em anos e o IMC

		IMC
Idade em anos	Correlação de Pearson	,271**
	Sig. (bilateral)	,0001
	N	254

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

O valor de prova deste teste foi de aproximadamente 0, o que leva a rejeitar a hipótese nula, pelo que há evidência estatística para considerar que as variáveis estão correlacionadas.

O coeficiente de correlação de Pearson pode variar entre -1 e 1. Valores do módulo do coeficiente próximos de 0 revelam ausência de associação e próximos de 1 mostram correlação total. Neste caso é 0,271, o que quer dizer que a correlação é positiva e moderada.

A crescente utilização de equipamentos tecnológicos por parte das crianças e jovens, nos tempos livres, leva a um aumento de vida sedentária. Tudo isto configura riscos para a saúde, nomeadamente o risco de obesidade com consequente risco cardiovascular, como a HTA. Neste sentido, como já foi referido aquando da explicitação da metodologia, procedeu-se à avaliação da TA.

Assim, no sentido de responder ao segundo objetivo do estudo: avaliar a TA dos adolescentes, apresenta-se, de seguida, os dados relativos à categorização dos valores da TA, segundo a DGS (DGS, 2013b). Verifica-se uma distribuição pelos quatro estádios: normal, pré-HTA, HTA estágio 1 e HTA estágio 2.

Tabela 10 - Valores absolutos e relativos dos estádios da TA

		Frequência	Percentagem
Estádios da TA	Normal	233	95,1 %
	Pré-HTA	5	2,0 %
	HTA Estádio 1	5	2,0 %
	HTA Estádio 2	2	,8 %
	Total	245	100 %
Omisso		9	
Total		254	

De acordo com o valor da TA sistólica e diastólica, segundo o percentil de altura, o género e a idade, a maioria dos adolescentes apresentam valores normais, no entanto observa-se que existem 12 adolescentes com valores elevados de TA, ou seja, 4,8% dos participantes têm pré-HTA ou HTA.

Verifica-se que na população em estudo, quer os rapazes quer as raparigas apresentam maioritariamente valores tensionais normais. No entanto, em ambos os sexos, existe igual valor percentual de pré-HTA ou HTA, como se observa na Tabela 11.

Tabela 11 - Valores absolutos e relativos dos estádios da TA de acordo com o sexo

		Rapazes		Raparigas	
		N	%	N	%
Estádios da TA	Normal	118	95,2	115	95,0
	Pré-HTA	1	,8	4	3,3
	HTA Estádio 1	4	3,2	1	,8
	HTA Estádio 2	1	,8	1	,8
	Total	124	100	121	100
Omisso		5		4	
Total		129		125	

No sentido de averiguar a relação entre os estádios de TA e o sexo, realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, que apresentou um valor de prova de 0,308 que é maior que o nível de significância de 5% considerado, pelo que não se rejeita a hipótese de independência das variáveis, ou seja, não foi possível estabelecer relação entre elas. Este é um resultado espectável dada a paridade entre a população.

Fazendo diferenciação por escalões etários, observa-se que 4,4% dos adolescentes dos 10 aos 13 anos tem valores elevados de TA, 7,5% dos adolescentes dos 14 aos 16 anos tem valores elevados de TA e nenhum dos adolescentes dos 17 aos 19 anos apresenta valores de TA elevados, como se apresenta na Tabela 12.

Tabela 12 - Valores absolutos e relativos dos estádios da TA de acordo com as fases da adolescência

		10 – 13		14 - 16		17 – 19	
		N	%	N	%	N	%
Estádios da TA	Normal	155	95,7	61	92,4	17	100
	Pré-HTA	4	2,5	1	1,5	0	0
	HTA Estádio 1	3	1,9	2	3,0	0	0
	HTA Estádio 2	0	0	2	3,0	0	0
	Total	162	100	66	100	17	100
Omisso		3		4		2	
Total		165		70		19	

No sentido de averiguar a relação entre as fases de adolescência e os estádios de TA, realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, que apresentou um valor de prova de 0,340 que é maior que o nível de significância de 5% considerado, pelo que não se rejeita a hipótese de independência das variáveis, ou seja, não foi possível estabelecer relação entre elas.

De forma a responder ao terceiro objetivo do estudo: identificar a prática de atividade física dos adolescentes, apresenta-se, de seguida, a categorização da prática de atividade física, segundo a OMS (WHO, 2010).

Tabela 13 - Valores absolutos e relativos referentes à prática de atividade física da população

		Frequência	Percentagem
Categorias da Prática de Atividade Física	Ativo	116	45,7 %
	Sedentário	138	54,3 %
	Total	254	100,0 %

Verifica-se que 54,3% dos adolescentes são sedentários, uma vez que praticam menos de 7 horas de atividade física por semana.

Relativamente à prática de atividade física, verifica-se frequências e valores percentuais diferentes entre os géneros.

Tabela 14 - Valores absolutos e relativos referentes à atividade física de acordo com o sexo

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Categorias da Prática de Atividade Física	Ativo	n	36	80	116
		%	28,8%	62,0%	45,7%
	Sedentário	n	89	49	138
		%	71,2%	38,0%	54,3%
	Total	N	125	129	254
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Observa-se que a maioria dos rapazes são ativos e a maioria das raparigas são sedentárias. São os rapazes que praticam mais atividade física e por mais tempo.

Para verificar se efetivamente há relação estatística entre o sexo e a prática de atividade física, recorre-se ao teste do Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%, para analisar a associação entre as variáveis. As hipóteses a testar neste teste são:

- H0 (hipótese nula): as variáveis categorias de atividade física e sexo são independentes
- H1 (hipótese alternativa): as variáveis categorias de atividade física e sexo não são independentes ou estão correlacionadas.

Tabela 15 - Teste Qui-quadrado de Pearson entre a atividade física e o sexo

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	28,228	1	,0001
Nº de Casos Válidos	254		

A Tabela 15 mostra que o valor de prova (Sig) do teste do Qui-quadrado é próximo de 0, que é menor do que 0,05, o nível de significância considerado, logo, pela regra arbitrária de Fisher, há evidência estatística para rejeitar a hipótese nula, ou seja, pode concluir-se que as variáveis estão associadas, havendo uma relação entre o sexo e a atividade física.

Ainda relativamente ao estudo da prática de atividade física, podemos observar que há variações quando analisado por escalões etários, como vemos na tabela seguinte.

Tabela 16 - Valores absolutos e relativos referentes à atividade física de acordo com as fases da adolescência

		Fases da adolescência			Total	
		10 – 13	14 – 16	17 – 19		
Categorias da Prática de Atividade Física	Ativo	n	76	34	6	116
		%	46,1%	48,6%	31,6%	45,7%
	Sedentário	n	89	36	13	138
		%	53,9%	51,4%	68,4%	54,3%
Total		N	165	70	19	254
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Verifica-se que o grupo dos adolescentes entre os 17 e os 19 anos é o mais sedentário. Na fase final da adolescência há uma diminuição da prática de atividade física, que poderá estar relacionada, por um lado, com o aumento do trabalho escolar e a responsabilidade dos resultados académicos e, por outro lado, com o desenvolvimento de relações interpessoais, de amizade e de namoro.

O grupo dos adolescentes entre os 14 e os 16 anos é o mais ativo, no entanto, o valor percentual dos adolescentes sedentários é bastante elevado.

No sentido de averiguar a relação entre as fases de adolescência e as categorias de atividade física, realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, que apresentou um valor de prova de 0,413 que é maior que o nível de significância de 5% considerado, pelo que não se rejeita a hipótese de independência das variáveis, ou seja, não foi possível estabelecer relação entre elas.

Procedeu-se à análise segundo os mesmos escalões etários mas agora segundo o sexo, como se pode observar.

Tabela 17 - Valores absolutos e relativos referentes à atividade física de acordo com as fases da adolescência e o sexo

			Fases da adolescência			Total	
			10 – 13	14 - 16	17 - 19		
Categorias da Prática de Atividade Física dos rapazes	Ativo	n	54	21	5	80	
		%	62,8%	63,6%	50,0%	62,0%	
	Sedentário	n	32	12	5	49	
		%	37,2%	36,4%	50,0%	38,0%	
	Total		N	86	33	10	129
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Categorias da Prática de Atividade Física das raparigas	Ativo	n	22	13	1	36	
		%	27,8%	35,1%	11,1%	28,8%	
	Sedentário	n	57	24	8	89	
		%	72,2%	64,9%	88,9%	71,2%	
	Total		N	79	37	9	125
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Desta forma, verifica-se que o grupo mais sedentário é o grupo das raparigas entre os 17 e os 19 anos de idade e o grupo mais ativo é o grupo dos rapazes entre os 14 e os 16 anos.

Ainda referente à prática de atividade física extracurricular, ou seja, fora do horário escolar, verificamos que a maioria dos alunos não tem atividade física no colégio.

Tabela 18 - Distribuição numérica e percentual da atividade física extracurricular no colégio

Atividade Física Extracurricular no Colégio (nº de horas)	Frequência	Percentagem
0	204	80,3 %
0,5	2	,8 %
1	20	7,9 %
2	14	5,5 %
3	7	2,8 %
5	4	1,6 %
6	3	1,2 %
Total	254	100,0 %

No entanto, no que se refere à prática de atividade física extracurricular fora do colégio, podemos verificar que a maioria dos alunos pratica algum tipo de atividade física fora do colégio, havendo um elevado aumento percentual no número de horas de atividade física.

Tabela 19 - Distribuição numérica e percentual da atividade física extracurricular fora do colégio

Atividade Física Extracurricular fora do Colégio (nº de horas)	Frequência	Percentagem
0	63	24,8 %
0,5	5	2,0 %
1	21	8,3 %
2	41	16,1 %
3	27	10,6 %
4	20	7,9 %
5	26	10,2 %
6	15	5,9 %
7	36	14,2 %
Total	254	100,0 %

Podemos pensar que o facto de os adolescentes praticarem as suas atividades extracurriculares fora do colégio se prende com questões económicas, havendo opções mais atrativas fora do ambiente escolar. Todavia podem existir outros motivos, como a vontade de conhecer novas

realidades e estabelecer outros relacionamentos, por outro lado, os adolescentes podem querer sair do ambiente escolar para procurar um ambiente mais descontraído e propício ao relaxamento, enquanto praticam exercício físico. Ainda outro motivo que pode explicar a procura de atividade física fora do colégio é a oferta, havendo a possibilidade do colégio não oferecer todos os desportos desejados pelos adolescentes.

Para responder ao quarto objetivo do estudo apresenta-se os dados relativos ao tempo de utilização de equipamentos tecnológicos por parte dos adolescentes durante a semana, fazendo diferenciação entre os cinco dias úteis da semana e os dois dias de fim-de-semana e o tempo total gasto durante os sete dias semanais. Nestes equipamentos estão incluídos televisão, telemóvel, computador, *tablet*, *playstation*, etc.

Tabela 20 - Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos da população e de acordo com o sexo

		Durante a semana (5 dias)	Durante o fds (2 dias)	Total (7 dias)
População	N	Válido		254
		Omisso		0
	Média (horas)	20,2	13,7	33,9
Rapazes	n	Válido		129
		Omisso		0
	Média (horas)	19,7	14,7	34,4
Raparigas	n	Válido		125
		Omisso		0
	Média (horas)	20,6	12,8	33,4

Verifica-se que os adolescentes utilizam os dispositivos, em média, 33,9 horas por semana (semana e fds), o que equivale a cerca de 5 horas por dia. Observa-se que o tempo utilizado por dia durante o fds é superior ao tempo utilizado durante a semana, sendo que, durante a semana, em média, os adolescentes utilizam equipamentos eletrónicos cerca de 4 horas por dia e durante o fds utilizam cerca de 6,9 horas por dia. Este facto pode estar relacionado com a quantidade de tempo livre durante os dias de fds.

O grupo dos rapazes utiliza mais tempo este tipo de dispositivos que as raparigas. Pode observar-se que os rapazes durante o fds utilizam muito os equipamentos eletrónicos, mais de 7 horas por dia.

Existe variação entre os escalões etários no que se refere ao tempo de utilização de dispositivos eletrónicos. Assim, verifica-se que os adolescentes entre os 10 e os 13 anos utilizam, em média, 31,8 horas por semana, sendo a utilização superior no grupo dos adolescentes entre os 14 e os 16 anos, que utilizam, em média, 37,2 horas por semana, o escalão etário seguinte, entre os 17 e os 19 anos, é o que mais utiliza os equipamentos tecnológicos, com uma média de 40,7 horas por semana, como podemos analisar na Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos de acordo com as fases da adolescência

		Durante a semana (5 dias)	Durante o fds (2 dias)	Total (7 dias)
10 – 13	N			
	Válido			165
	Omisso			0
Média (horas)		18,2	13,6	31,8
14 – 16	N			
	Válido			70
	Omisso			0
Média (horas)		23,0	14,2	37,2
17 – 19	N			
	Válido			19
	Omisso			0
Média (horas)		26,7	14,0	40,7

Verifica-se que os adolescentes entre os 17 e os 19 anos são os que mais utilizam os equipamentos durante os cinco dias úteis da semana, o que poderá estar relacionado com o controlo dos pais durante as outras fases da adolescência.

Ainda relativamente aos dados sobre o tempo de utilização de dispositivos eletrónicos podemos discriminá-los em 3 atividades distintas: usar a internet, jogar jogos eletrónicos e ver televisão. Assim, verifica-se que os adolescentes gastam mais tempo a utilizar a internet, como se mostra na Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos – Internet, Jogos e Televisão – da população e de acordo com o sexo

Média (horas)		Durante a semana (5 dias)	Durante o fds (2 dias)	Total (7 dias)	
População	N 254	Total de horas de Televisão	6,5	4,5	11,0
		Total de horas de Jogos	5,8	4,4	10,2
		Total de horas na Internet	7,9	4,8	12,7
Rapazes	n 129	Total de horas de Televisão	6,9	4,6	11,5
		Total de horas de Jogos	6,1	5,5	11,6
		Total de horas na Internet	6,7	4,7	11,4
Raparigas	n 125	Total de horas de Televisão	6,0	4,4	10,4
		Total de horas de Jogos	5,5	3,4	8,9
		Total de horas na Internet	9,1	5,0	14,1

Fazendo a diferenciação de acordo com o sexo, observa-se que os rapazes apresentam uma distribuição similar no tempo utilizado nas 3 atividades, enquanto as raparigas apresentam uma distribuição díspar, gastando mais tempo na internet e menos tempo a jogar jogos eletrónicos. Os rapazes utilizam bastante mais tempo a jogar jogos eletrónicos que as raparigas, que preferem utilizar a internet.

Existe também uma diferenciação nos escalões etários, principalmente no que confere à utilização de horas a navegar na internet.

Tabela 23 - Distribuição numérica de horas de utilização por semana de dispositivos eletrónicos – Internet, Jogos e Televisão – de acordo com as fases da adolescência

Média (horas)		Durante a semana (5 dias)	Durante o fds (2 dias)	Total (7 dias)	
10 – 13	n 165	Total de horas de Televisão	7,0	4,8	11,8
		Total de horas de Jogos	5,0	4,4	9,4
		Total de horas de Internet	6,1	4,4	10,5
14 – 16	n 70	Total de horas de Televisão	5,0	3,8	8,9
		Total de horas de Jogos	7,4	4,6	12,0
		Total de horas de Internet	10,6	5,8	16,4
17 – 19	n 19	Total de horas de Televisão	6,7	4,2	10,9
		Total de horas de Jogos	7,2	4,1	11,3
		Total de horas de Internet	12,8	5,8	18,6

Verifica-se que quanto mais avançada for a fase da adolescência, mais horas são utilizadas a navegar na internet, tanto durante a semana como ao fds.

Para responder ao quinto objetivo do estudo realizou-se análise entre as categorias do IMC e os estádios de TA, como se mostra de seguida.

Na Tabela 24, verifica-se que há mais sujeitos com pré-HTA ou HTA que têm excesso de peso ou obesidade, uma relação expectável dada a conhecida relação entre a obesidade e o risco cardiovascular. No entanto, constata-se a existência de valores tensionais elevados em adolescentes com o IMC normal, o que orienta para a multifatoriedade da HTA.

Tabela 24 - Distribuição numérica dos estádios da TA e das categorias de IMC

		Estádios da TA				Total
		Normal	Pré-HTA	HTA	HTA	
				Estádio 1	Estádio 2	
Categorias de IMC	Magreza	3	0	0	0	3
	Normal	159	2	1	1	163
	Excesso de Peso	53	1	2	0	56
	Obesidade	18	2	2	1	23
Total		233	5	5	2	245

Para verificar se efetivamente há relação entre os estádios de TA e as categorias de IMC, recorre-se ao teste do Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%, para analisar a associação entre as variáveis. As hipóteses a testar neste teste são:

- H0 (hipótese nula): as variáveis categorias de IMC e estádios de TA são independentes
- H1 (hipótese alternativa): as variáveis categorias de IMC e estádios de TA não são independentes ou estão correlacionadas.

Tabela 25 - Teste Qui-quadrado para as categorias de IMC e os estádios de TA

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	17,796	9	,038
Nº de Casos Válidos	245		

A Tabela 25 mostra que o valor de prova (Sig) do teste do Qui-quadrado é 0,038 que é menor do que 0,05, o nível de significância considerado, logo, pela regra arbitrária de Fisher, há evidência estatística para rejeitar a hipótese nula, ou seja, pode concluir-se que as variáveis estão associadas, havendo uma relação entre o estágio de TA e a categoria de IMC.

De forma a dar resposta ao sexto objetivo realizou-se análise entre as categorias do IMC e a atividade física, como se mostra de seguida.

Tabela 26 - Distribuição numérica das categorias de IMC e das categorias da atividade física

		Categorias da Prática de Atividade Física		Total
		Ativo	Sedentário	
Categorias de IMC	Magreza	0	3	3
	Normal	79	90	169
	Excesso de Peso	28	30	58
	Obesidade	9	15	24
Total		116	138	254

No sentido de averiguar a associação entre as categorias de IMC e as categorias de atividade física, realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, que apresentou um valor de prova de 0,333 que é maior que o nível de significância de 5% considerado, pelo que não se rejeita a hipótese de independência das variáveis, ou seja, não foi possível estabelecer relação entre elas.

Para responder ao sétimo objetivo analisou-se a relação entre o IMC e o tempo de utilização dos dispositivos eletrónicos, fazendo o teste de correlação de Pearson, que permite testar a correlação entre duas variáveis quantitativas, como é o caso. Cujas hipóteses a testar são:

- H0: as variáveis IMC e tempo de utilização de dispositivos são independentes
- H1: as variáveis IMC e tempo de utilização de dispositivos não são independentes ou estão correlacionadas.

Tabela 27 - Teste de Correlação de Pearson para o tempo de utilização de dispositivos e o IMC

	IMC
	Correlação de Pearson
	,097
Tempo de Utilização de Dispositivos	Sig. (bilateral)
	,122
	N
	254

O valor de prova deste teste foi de 0,122, que é maior que o nível de significância de 5% considerado, pelo que não se rejeita a hipótese de independência das variáveis, ou seja, não foi possível estabelecer relação entre elas.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior foram apresentados os resultados do estudo, procurando responder aos objetivos delineados e destacando os dados mais significativos.

Neste capítulo pretende-se interpretar os resultados tendo por base estudos prévios e apresentados no enquadramento teórico.

Relativamente à avaliação do peso e da altura e, consequentemente, ao cálculo do IMC, verificámos que 32,2% dos adolescentes tem excesso de peso ou obesidade, o que evidencia a magnitude desta problemática expressa já em estudos anteriores (Matos et al., 2014; WHO, 2007; Yngve et al., 2007). O IMC elevado, na população portuguesa, é um dos fatores de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudáveis (DGS, 2015b), pelo que se configura a relevância de prevenção.

O excesso de peso e a obesidade são dos problemas de saúde contemporâneos mais desafiantes em todas as faixas etárias, são doenças nutricionais muito prevalentes a nível mundial e são considerados os distúrbios alimentares mais comuns na população infantojuvenil (Hockenberry & Wilson, 2014; Azevedo, 2011; Sousa, Loureiro & Carmo, 2008; Soveral et al., 2005; WHO, 2005).

Outros autores têm estudado esta problemática, revelando resultados semelhantes. No estudo de Loureiro (2011) 27,4% dos adolescentes portugueses apresentavam excesso de peso e 7,7% apresentavam obesidade. O estudo HBSC (Matos et al., 2014) tem mostrado prevalências de excesso de peso e obesidade na população adolescente de 18,4% (2010) e 18,2% (2014). Outros estudos realizados em Portugal e compilados por Antunes & Moreira (2011) revelam uma prevalência de excesso de peso/obesidade entre os 27,3% e 33,6%.

Concluímos que os rapazes apresentam categorias de IMC superiores em relação às raparigas, o que vai de encontro aos resultados apresentados em outros estudos, em que o género masculino apresenta maiores índices de excesso de peso e obesidade (Matos et al., 2014; Ogden et al., 2012; Azevedo, 2011; Loureiro, 2011).

Os rapazes apresentam indicadores de prevalência de excesso de peso e obesidade superiores às raparigas em todos os países da Europa (exceto na Irlanda) (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008). Neste seguimento, as raparigas apresentam mais frequentemente um IMC normal (Matos et al., 2014).

Embora não se tenha encontrado relação estatística entre as fases de adolescência e as categorias de IMC, constatou-se que, na população estudada, o IMC é mais elevado nos mais jovens, tal como é referido no estudo de Matos et al. (2014). Esta diminuição da prevalência de obesidade pode ser compreendida tendo em conta todas as alterações corporais inerentes ao processo pubertário ocorrido durante a adolescência (Azevedo, 2011).

Observámos também que o grupo com mais prevalência de excesso de peso e obesidade era o grupo dos rapazes entre os 10 e os 13 anos de idade (em que quase metade deles tinha excesso de peso ou era obeso), o que era expectável, uma vez que se verificou que o grupo masculino era o mais obeso, assim como os adolescentes mais novos, logo os rapazes na fase inicial da adolescência seriam aqueles com níveis mais elevados de IMC, como se concluiu.

Relativamente à prática de atividade física, concluímos que mais de metade da população adolescente do colégio era considerada sedentária, praticando menos de 7 horas de atividade física por semana.

O sedentarismo é também uma problemática muito prevalente, segundo a DGS (DGS, 2015b) mais de 80% da população adolescente do mundo é insuficientemente ativa fisicamente.

No estudo de Ferreira (2008), cerca de 40% dos adolescentes não pratica atividade física e menos de um quarto pratica diariamente.

Nesta investigação, verificou-se que as raparigas são muito mais sedentárias que os rapazes, apresentando diferenças bastante significativas.

Existem outros estudos que constatarem que os rapazes são mais ativos do que as raparigas (Baptista et al., 2011; Ferreira, 2008; Soveral et al., 2005) e as raparigas praticam muito pouca atividade física (Matos et al., 2014). Por este motivo, os rapazes apresentam melhores resultados tanto na condição física geral como na condição física específica (Matos et al., 2014).

Embora não se tenha encontrado relação estatística entre as fases de adolescência e as categorias de atividade física, observámos que os sujeitos com idades superiores (o grupo dos 17 aos 19 anos) são mais sedentários que os restantes, praticando menos atividade física. Esta conclusão vai de encontro à teoria, uma vez que se tem verificado que a atividade física tende a diminuir durante a adolescência, com o avanço da idade, tanto nos rapazes como nas raparigas (Baptista et al., 2011). Assim, os adolescentes mais novos praticam atividade física mais frequentemente, enquanto os mais velhos praticam menos atividade física (Matos et al., 2014).

Assim, o grupo com níveis superiores de sedentarismo é o das raparigas entre os 17 e os 19 anos de idade, o que era conjecturável, uma vez que se observou que o grupo feminino era o mais

sedentário assim como os adolescentes mais velhos, logo as raparigas na última fase da adolescência seriam aquelas com níveis mais baixos de atividade física, como se verificou.

Desta forma, das principais conclusões que retirámos é que os rapazes são considerados mais ativos fisicamente que as raparigas, mas apresentam mais excesso de peso e obesidade, enquanto por outro lado as raparigas são mais sedentárias que os rapazes, mas apresentam valores de IMC mais adequados. Este pensamento parece incoerente, por isso iremos seguidamente tentar compreendê-lo.

O ponto que nos parece essencial refletir é que a alimentação tem um papel preponderante nos níveis de IMC. Assim, embora as raparigas sejam mais sedentárias, elas têm um peso mais adequado, o que, eventualmente, poderá estar relacionado com os cuidados mais regulares e rigorosos com a alimentação e com o corpo.

Assim, as raparigas comem mais fruta e vegetais e referem fazer dieta com frequência, enquanto os rapazes consomem alimentos pouco saudáveis, em quantidades exageradas, tendo maior dificuldade em parar de comer (Matos et al., 2014).

No que se refere à prática de atividade física extracurricular, ou seja, fora do horário escolar, verificámos que a maioria dos alunos praticam as suas atividades extracurriculares fora do colégio. Podemos pensar que este facto é por questões económicas, ou pela necessidade que os adolescentes têm de conhecer novas realidades e estabelecer outros relacionamentos, por outro lado, os adolescentes podem querer sair do ambiente escolar para procurar um ambiente mais descontraído e propício ao relaxamento, enquanto praticam exercício físico. Ainda outro motivo que pode explicar a procura de atividade física fora do colégio é a oferta, havendo a possibilidade do colégio não oferecer todos os desportos desejados pelos adolescentes.

Relativamente à utilização de equipamentos tecnológicos, verificou-se que os adolescentes utilizam, em média, 33,9 horas por semana (7 dias) estes dispositivos eletrónicos, o que equivale a cerca de 5 horas por dia a ver televisão, a jogar jogos eletrónicos e a navegar na internet. Sendo que utilizam mais tempo os equipamentos eletrónicos durante os dias do fds, o que deverá estar relacionado com a quantidade de tempo livre nos dias de fds.

Segundo os dados obtidos, os adolescentes gastam mais tempo a navegar na internet (conversar, enviar e-mails, chats, vídeos, músicas, etc.), sendo que é a forma mais utilizada para comunicar com o grupo de pares, através de diferentes aplicações sociais, como o *WhatsApp*, o *Snapchat*, o *Messenger*, o *Instagram*, entre outras.

No estudo HBSC (Matos et al., 2014) mais de metade dos adolescentes (58,1%) vê entre uma a três horas de televisão durante a semana e cerca de metade dos adolescentes (46,9%) vê quatro ou mais horas de televisão, durante o fds; cerca de metade dos adolescentes (50,5%) joga meia hora de jogos eletrónicos durante a semana e 39,5% joga entre uma a três horas durante o fds; cerca de metade (47,7%) utiliza o computador para navegar na internet uma a três horas durante a semana e 44,8% ao fds.

Segundo o estudo de Ferreira (2008), a maioria dos adolescentes vê televisão, em média, seis horas durante a semana e cerca de cinco horas ao fds, o que se aproxima dos resultados obtidos no presente estudo, em que a população gasta, em média, seis horas e meia a ver televisão durante a semana e quatro horas e meia durante o fds. Relativamente à utilização de computador e *playstation*, a mesma autora verificou que os adolescentes utilizam cerca de cinco horas durante a semana e cinco horas durante o fds, gastando mais de 10 horas, por semana (7 dias), nesta atividade.

Como anteriormente se verificou há uma elevada percentagem de sedentarismo nesta população, esta diminuição da prática de atividade física pode estar associada ao aumento do tempo gasto a ver televisão e a jogar computador (Azevedo, 2011), uma vez que o aumento do número de horas a utilizar equipamento eletrónico pode levar a ter menos tempo para praticar atividade física (Ferreira, 2008). Estas atividades sedentárias como ver televisão, jogar jogos eletrónicos, usar computador para navegar na internet ou comunicar com amigos, podem assim contribuir para o excesso de peso e a obesidade (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, uma redução neste tipo de comportamentos pode ser uma estratégia para aumentar a atividade física nos adolescentes (Ferreira, 2008).

De facto, existem vários autores que mencionam estudos que mostram uma relação entre o uso de televisão e a obesidade infantil (Gable, Chang & Krull, 2007; Velde et al., 2007; Robinson, 2006; Neumark-Sztainer, 2003). Knutson e Lauderdale (2007) afirmam que existe um aumento do risco de obesidade por cada hora de visualização de televisão.

A American Academy of Pediatrics (2001), recomenda limitar a visualização de televisão, à população adolescente, a menos de 2 horas por dia.

Relativamente à utilização da internet, verificou-se que o grupo de adolescentes entre os 17 e os 19 anos é o que utiliza mais a internet, sendo esta utilização superior à dos restantes grupos (com idades inferiores a 17 anos). De facto, segundo o estudo HBSC, são os jovens mais velhos que apresentam níveis de dependência da internet (Matos et al., 2014).

Segundo Matos et al. (2014) são os rapazes que passam mais tempo a jogar computador em comparação com as raparigas, o que vai de encontro com os resultados do estudo que mostram que a média das horas gastas a jogar jogos eletrónicos das raparigas é inferior à dos rapazes.

Verificou-se nos resultados que havia um adolescente com um valor máximo de 147 horas de utilização de dispositivos por semana (7 dias), o que equivale a uma média de 21 horas por dia a utilizar equipamentos tecnológicos. Este facto leva-nos a pensar que o adolescente não respondeu ao questionário de forma correta, não sendo a sua realidade a descrita no seu questionário, uma vez que é impraticável tal utilização, até por uma questão de incompatibilidade com os tempos letivos. Todavia, durante a introdução dos dados o adolescente foi novamente contactado, uma vez que há proximidade com a população, referindo que o seu questionário estaria preenchido corretamente, uma vez que afirmou passar grande parte do seu tempo noturno a jogar um jogo eletrónico de estratégia, demonstrando um comportamento aditivo em relação ao jogo. Por este motivo, foi decidido não eliminar a sua resposta, que espelha a dependência dos equipamentos eletrónicos. Pode também refletir-se acerca da perceção que esse adolescente tem do tempo que gasta a utilizar a tecnologia, o que nos leva a pensar que, de facto, o adolescente tem consciência que passa muito mais tempo do que deveria a utilizar equipamentos tecnológicos.

Relativamente à avaliação da TA, verificou-se que os adolescentes mais velhos apresentam valores mais elevados de TA sistólica e de TA diastólica quando comparados com os adolescentes mais novos, como é de esperar, pelo crescimento das crianças e adolescentes (DGS, 2013b). Quanto mais crescem, maiores são os seus valores de TA. A TA começa a aumentar no início da adolescência e continua a subir até ao fim do crescimento pubertário, porque os adolescentes sofrem maturação sexual e aumentam de altura e peso (Hockenberry & Wilson, 2014).

Concluiu-se também, pelos resultados, que os adolescentes com excesso de peso ou obesidade apresentam maior probabilidade de ter pré-HTA ou HTA, ou seja, quanto maior a categoria de IMC, maior o estágio de TA.

A HTA na idade pediátrica é um problema de saúde com uma dimensão cada vez mais crescente, que tem surgido pelas alterações dos estilos de vida e pelo aumento da prevalência de excesso de peso e de obesidade das crianças e adolescentes (DGS, 2013b). Com o aumento dos níveis de obesidade, tem havido relatos de aumento da incidência de hipertensão nos adolescentes (Hockenberry & Wilson, 2014).

Torna-se importante salientar que todos os casos de pré-HTA serão reavaliados no prazo de 6 meses (durante o mês de novembro), todos os casos de HTA estágio 1 e estágio 2 foram repetidas as avaliações da TA em mais duas ocasiões separadas (1-2 semanas). Verificou-se que dos sete

adolescentes com HTA estágio 1 e estágio 2, cinco mantiveram níveis semelhantes nas duas avaliações, tendo sido contactados os encarregados de educação para aconselhamento em consulta de especialidade, um apresentou valores tensionais normais e outro apresentou valores tensionais de pré-HTA nas duas avaliações.

Um dado que merece alguma análise/discussão é o facto de não haver uma relação entre o IMC e a atividade física. Isto é um aspeto central nesta dissertação, tendo em conta a temática. De facto a atividade física é um determinante da saúde, relacionado com os estilos de vida, tem um peso significativo no desenvolvimento das doenças não transmissíveis e uma conhecida relação com o excesso de peso e a obesidade. No entanto, o IMC é influenciado por diversos fatores, sendo os hábitos alimentares um fator preponderante, assim como os hábitos de sono e repouso, entre outros determinantes da saúde. Por outro lado, o IMC não permite distinguir massa magra de massa gorda, que é relevante neste grupo etário, uma vez que os adolescentes estão num dos períodos de maior desenvolvimento de massa muscular. Desta forma, pensamos que este resultado por si só não pode ser considerado relevante, uma vez que o IMC é multifatorial e não se pode excluir a hipótese de que quem pratica atividade física apresenta maior probabilidade de ter um IMC adequado.

CONCLUSÃO

A investigação é fundamental para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem, para que seja possível evolução e excelência na prestação de cuidados.

Ao longo deste estudo reconheceu-se que a adolescência é um período de mudanças, descobertas e desafios, sendo, portanto, um período de riscos. O envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco pode comprometer a sua saúde levando a situações de sedentarismo, obesidade e HTA.

Durante esta etapa, os adolescentes desenvolvem a sua autonomia, sendo fundamental desenvolverem competências pessoais e sociais que lhes permitam a realização de escolhas saudáveis.

Evidenciando as principais conclusões deste estudo, temos que: 32,2% dos adolescentes tem excesso de peso ou obesidade, 54,3% dos adolescentes são sedentários e a utilização média de equipamentos tecnológicos pelos adolescentes é de 5 horas por dia.

Os resultados do estudo salientam a necessidade de planificar e desenvolver um projeto de intervenção focado nos adolescentes do CNSP. Esta intervenção em saúde terá como finalidade a promoção de um ambiente salutogénico, com promoção da prática de atividade física, de forma a diminuir os comportamentos sedentários associados a um maior risco de ocorrência de excesso de peso e obesidade.

Desta forma, estes resultados poderão conduzir à realização de um projeto de intervenção segundo a metodologia de projeto. Será proposta a constituição de uma equipa, integrando outros elementos da instituição, nomeadamente, psicólogo e professor de Educação Física.

Após uma melhor identificação das necessidades propor-se-ia um plano de intervenção cujos focos de atenção seriam: nutrição, exercício físico, gestão do corpo.

As intervenções deveriam ser dinâmicas, tendo como grupo alvo a comunidade escolar (adolescentes, pais, professores, auxiliares), de forma a envolver todos os que rodeiam os adolescentes do colégio.

Desta forma, seria necessário programar sessões de EpS com os adolescentes e com os pais; promover o envolvimento e colaboração de toda a comunidade escolar; implementar

intervenções para desenvolver a autonomia, a responsabilização e a participação ativa dos adolescentes.

Torna-se importante referir que o estudo apresenta como limitação o facto de não haver dados relacionados com os hábitos e os comportamentos alimentares dos adolescentes. Assim, as conclusões deste estudo podem dar origem a outras reflexões, uma vez que desta investigação surgem algumas questões que seria interessante esclarecer em estudos futuros, nomeadamente a associação dos hábitos alimentares com a prevalência de excesso de peso e obesidade, a associação dos hábitos alimentares com a prática de atividade física, entre outras.

A avaliação da TA constituiu uma vantagem no estudo, uma vez que conduziu a uma vigilância regular da TA a 12 adolescentes, que apresentaram valores elevados na primeira avaliação.

Em jeito de síntese, salienta-se a importância da escola na educação para a saúde, uma vez que a escola não deve ser apenas um espaço de formação académica e de socialização. Assim, a educação para a saúde em contexto escolar tem um valor indubitável, pois promove estilos de vida saudáveis, que asseguram o desenvolvimento salutar da população estudantil e conduzem a ganhos significativos na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on public education: children, adolescents, and television. *Pediatrics*. 2001, Vol. 107, nº2, pp. 423-426.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. [Em linha]. 3ª ed. USA: AAP, 2008. [Consult. março 2016]. Disponível em:

https://brightfutures.aap.org/bright%20Futures%20Documents/BF3%20pocket%20guide_final.pdf

ANDRADE, C. Transição para a idade adulta: das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*. 2010, Vol. 28, nº 2, pp. 255-267.

ANTUNES, A., MOREIRA, P. Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade em Crianças e Adolescentes Portugueses. *Acta Med Port*. 2011, Vol. 24, pp. 279-284

AZEVEDO, A. *Determinantes comportamentais do excesso de peso e obesidade em adolescentes de 17 anos – estudo EPITeen*. Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado

BAPTISTA, F., SILVA, A. M., SANTOS, D. A., MOTA, J., SANTOS, R., VALE, S., FERREIRA, J. P., RAIMUNDO, A., MOREIRA, H. *Livro Verde da Actividade Física*. [Em linha]. Observatório Nacional da Actividade Física e Desporto. Edição: Instituto do Desporto de Portugal, I.P. Lisboa, 2011. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf

BARBOSA, C. *O Enfermeiro na Escola: Um Projeto de Ensino-Aprendizagem, de Investigação e de Serviço à Comunidade*. Universidade Católica Portuguesa, 2013. Tese de Doutoramento

BERNARDINO, A., MACHADO, C., ALVES, E., REBOUÇO, H., PEDRO, R., GASPAR, P. Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação da escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde. *Educação para a Saúde* [Em linha]. 2010, pp. 1-9. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>

BRENER, N. D., BILLY, J. O., GRADY, W. R. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*. 2003, Vol. 33, nº6, pp. 436-457.

BRITO, R. *Os Hábitos de Saúde dos Adolescentes: A realidade numa instituição de ensino particular*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado

BUENO, C., STRELHOW, M., CÂMARA, S. Inserção em grupos formais e qualidade de vida entre adolescentes. *Psico-USF* [Em linha]. 2010, Vol. 15, nº 3, pp. 311-320. [Consult. abril 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a05.pdf>

CARVALHO, A., CARVALHO, G. S. *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência, 2006.

CORREIA, A. Abordagem da Criança e Adolescentes Hipertensos. *Nascer e Crescer*. Revista do Hospital de crianças Maria Pia. 2007, Vol. XVI, nº 3, pp. 158-167.

COSTA, G., FIGUEREDO, R., RIBEIRO, M. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi. *Revista Científica do ITPAC* [Em linha]. 2013, Vol. 6, nº 2, Pub. 6. [Consult. março 2016]. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/62/6.pdf>

COSTA, M. C., LOPES, C., SOUZA, R., PATEL, B. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *Jornal de Pediatria*. 2001, Vol. 77, Supl. 2, pp. S217-S224.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Prevenção e Controlo do Tabagismo em números – 2013*. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013a. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2013.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. [Em linha]. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS, 2013b. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional De Saúde Escolar*. [Em linha]. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS, 2015a. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Saúde dos Portugueses, Perspetiva*. [Em linha]. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS, 2015a. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>

DOWDELL, E. B. Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Comprehensive Pediatric Nursing*. 2006, Vol. 29, nº 3, pp. 157-171.

DUNCAN, P. M., GARCIA, A. C., FRANKOWSKI, B. L., CAREY, P. A., KALLOCK, E. A., DIXON, R. D., SHAW, J. S. Inspiring healthy adolescent choices: A rationale for and guide to strength promotion in primary care. *Journal of Adolescent Health*. 2007, Vol. 41, nº 6, pp. 525-535.

EISENSTEIN, E., ESTEFENON, S. Geração Digital: Riscos das Novas Tecnologias para Crianças e Adolescentes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernest*. 2011, Vol. 10, Supl. 2, pp. 42-52.

FERREIRA, M. *Estilos de Vida na Adolescência: de Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2008. Tese de Doutoramento

FLEMING, M. Autonomia adolescente e atitudes dos pais. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*. 1992, Vol. 8, nº 3.

FORTIN, M. F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Editora Lusodidacta, 2006.

FORTIN, M. F. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5.ª Edição. Loures: Editora Lusodidacta, 2009.

GABLE, S., CHANG, Y., KRULL, J. L. Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-aged children. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2007, Vol. 107, nº 1, pp. 53-61.

GOLSÄTER, M., FAST, A., BERGMAN-LIND, S., ENSKAR, K. School nurses' health dialogues with pupils about physical activity. *British Journal of School Nursing*. 2015, Vol. 10, nº 7, pp. 330-336.

GOUVEIA, C., SILVA, L., VIRELLA, D., SILVA, P., AMARAL, J. Actividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 2007, Vol. 38, nº 1, pp. 7-12.

GUSSO, G., LOPES, J. M. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D. *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Lusociência, 2014.

JUNIOR, J., KONRAD, L., RABACOW, F., GRUP, S., ARAÚJO, V. Sensibilidade e especificidade de critérios de classificação do índice de massa corporal em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. 2009, Vol. 43, nº 1, pp. 53-59.

KNUTSON, K., LAUDERDALE, D. Sleep Duration and Overweight in Adolescents: Self-reported Sleep Hours Versus Time Diaries. *Pediatrics*. 2007, Vol. 119, nº 5, pp. 1056-1062.

LEI nº 46/1986. *D. R. I Série*. Nº 237 (1986-10-14), p. 3067-3081.

LOCATELLI, A., BZUNECK, J., GUIMARÃES, S. A Motivação de Adolescentes em Relação com a Perspectiva de Tempo Futuro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007, Vol. 20, nº 2, pp. 268-276.

LOHMAN, T. G., ROCHE, A. F., MARTORELL, R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign: Editora Human Kinetics, 1988.

LOUREIRO, N. *A Prática Desportiva e a Actividade Física dos Adolescentes Portugueses: Género, Ambiente e Lazer*. Universidade Técnica de Lisboa, 2011. Tese de Doutoramento

MACHADO, Y. *Sedentarismo e suas Consequências em Crianças e Adolescentes*. Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia Sul de Minas. Campus Muzambinho, 2011. Bacharelado em Educação Física

MATOS, M. G., SIMÕES, C., CAMACHO, I., REIS, M., Equipa Aventura Social. *Health Behaviour In School - Aged Children. A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão. Dados Nacionais*. [Em linha]. Aventura Social & Saúde. Lisboa: FMH/Universidade de Lisboa, 2014. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf

MENEZES, I. O desenvolvimento psicossocial na adolescência: Mudanças na definição de si próprio, nas relações com os outros e na participação social e cívica. In: MIRANDA, G. L. & Bahia, S. *Psicologia da Educação: temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino*. Lisboa: Editora Relógio D' Água, 2005. pp. 93-117.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde: protocolo para o desenvolvimento de actividades de promoção da educação para a saúde em meio escolar*. Lisboa, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil*. Estudo 2013-2014 da APCOI. [em linha]. 2014. [Consult. março 2016]. Disponível em: <http://www.apcoi.pt/obesidade-infantil>

NASCIMENTO, A., MAGALHÃES, M., PAES, M. Enfermeiro e escola: uma parceria na prevenção e controle da obesidade infantil. *Revista Enfermagem Integrada*. 2011, Vol. 4, nº 1, pp. 742-754.

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES. The Role of the 21st Century School Nurse. *Silver Spring*. [em linha]. 2016. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/smId/824/ArticleID/87/Default.aspx>

NEUMARK-SZTAINER, D., HANNAN, P. J., STORY, M., CROLL, J., PERRY, C. Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003, Vol. 103, pp. 317-322.

OGDEN, C. L., CARROLL, M. D.; KIT, B. K.; FLEGAL K. M. Prevalence of obesity in the United States, 2009-2010. *NCHS Data Brief. U.S.* 2012, Vol. 1, nº 82, pp. 1-8.

OPPERMAN, C., CASSANDRA, K. *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Editora Lusociência, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Parecer nº14/2013: Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf

PAIVA, N., COSTA, J. A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça?. *O Portal dos Psicólogos* [em linha]. 2015. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>

PAPALIA, D., OLDS, S., FELDMAN, R. *O Mundo da Criança*. 8ª edição. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001.

PIRRAÇA, M. *Adolescência Saudável, Sexualidade Responsável*. Escola Superior de Saúde de Portalegre, 2013. Relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Comunitária.

QUEIRÓS, A. A., SILVA, L. C. C., SANTOS, E. M. *Educação em enfermagem*. Coimbra: Editora Quarteto, 2000.

RAMOS, E., BARROS, H. Family and school determinants of overweight in 13-year-old Portuguese adolescents. *Acta Paediatr.* 2007, Vol. 96, nº 2, pp. 281-286.

ROCHA, A., CORREIA, C., PESTANA, L., BENTO, M., PRETO, O., LOBÃO, S. Saúde escolar em construção: que projetos?. *Millenium*. 2011, Vol. 41, pp. 89- 113.

RODRIGUES, C. *Comportamentos De Consumo Em Adolescentes: Estudo sobre comportamentos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes de escolas de Coimbra*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Mestrado em Enfermagem Comunitária

ROSS, J., GODEAU, E., DIAS, S. Sexual health. In: CURRIE, C., ROBERTS, C., MORGAN, A., SMITH, R., SETTERTOBULTE, W., SAMDAL, O. & RASMUSSEN, V. B. *Young People's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Denmark: World Health Organization. 2004.

SAMPAIO, D. *Imagem Corporal e Excesso de peso em Adolescentes*. Faculdade de Ciências Departamento de Biologia Animal, 2010. Mestrado em Biologia Humana e Ambiente

SETIAN, N., DAMIANI, D., MANNA, T., DICHTCHEKENIAN, V., CARDOSO, A. *Obesidade na Criança e no Adolescente - Buscando Caminhos desde o Nascimento*. 1ª Edição. Brasil: Editora ROCA, 2007.

SOUSA J., LOUREIRO, I., CARMO I. A obesidade infantil: um problema emergente. *Saúde & Tecnologia*. 2008, Vol. 2, pp. 5-15.

SOUSA, R. R., TRINDADE, R. O impacto da saúde escolar na comunidade educativa. *Educação, Sociedade & Culturas*. 2013, nº 38, pp. 99-116.

SOVERAL, G., LOPES, F., FERREIRA, C., CABRITA, J. Estilo de Vida e Risco de Obesidade em Adolescentes na região de Lisboa. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*. 2005, Vol. 2, nº 2, pp. 109-115.

SPIZZIRRI, R., WAGNER, A., MOSMMAN, C., ARMANI, A. Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas. *Psicol. Argum.* 2012, Vol. 30, nº 69, pp. 327-335.

SPRINTHALL, N., COLLINS, W. *Psicologia do Adolescente, Uma abordagem desenvolvimentista*. 1ª Edição. Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

STANHOPE, M., LANCASTER, J. *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição. Lisboa: Editora Lusociência, 1999.

TEIXEIRA P. J., SILVA M. N. VIEIRA P. N.; PALMEIRA A.L.; SARDINHA L. B. A Actividade Física e o Exercício no Tratamento da Obesidade. *Revista Endocrinologia, Metabolismo & Nutrição*. 2006, Vol. 15, nº 1, pp. 1-15.

VELDE, S., De BOURDEAUDHUIJ, I., THORSDDOTTIR, I., RASMUSSEN, M., HAGSTROMER, M., KLEPP, K., e BRUG, J. Patterns in sedentary and exercise behaviors and associations with overweight in 9-14-year-old boys and girls - a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007, Vol. 7, nº 2, pp. 7-16.

VILELAS, J. M. S., JANEIRO, S. I. D. Transculturalidade: O Enfermeiro com Competência Cultural. *Revista Min. Enfermagem*. 2012, Vol. 16, nº 1, pp. 120-127.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nutrition in adolescence – Issues and challenges for the health sector: Issues in adolescent health and development. *WHO*. [em linha]. 2005. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/07.RitaRamosetal.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. *WHO*. [em linha]. 2007. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health. *WHO*. [em linha]. 2010. [Consult. janeiro 2016] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion: The Ottawa Charter for Health Promotion. *WHO*. [Em linha]. 1986, atual. 2014a. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. School and youth health: What is a health promoting school?. *WHO*. [Em linha]. atual. 2014b. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/

YNGVE, A., BOURDEAUDHUIJ I., WOLF, A., GRJIBOVSKI, A., BRUG, J., DUE, P., EHRENBAD, B., ELMADFA, I., FRANCHINI, B., KLEPP, K., POORTVLIET, E., RASMUSSEN, M., THORSODDOTTIR, I., RODRIGO, C. Differences in prevalence of overweight and stunting in 11-year olds across Europe: The Pro Children Study. *The European Journal of Public Health Advance Access*. 2007, Vol. 18, nº 2, pp. 126-130

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário: A promoção da saúde do adolescente em contexto escolar – o contributo da atividade física

QUESTIONÁRIO

A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONTEXTO ESCOLAR

O contributo da atividade física

Em contexto académico, estou a realizar um estudo sobre a prática de atividade física e a utilização de dispositivos eletrónicos na população adolescente.

Assim, peço a tua colaboração para este trabalho que está a ser realizado no teu colégio.

Este questionário é voluntário e confidencial. Ninguém terá acesso aos dados recolhidos e os participantes nunca serão identificados no estudo.

Peço que preenchas este questionário com responsabilidade e sinceridade.

NOME:

TURMA:

DATA DE NASCIMENTO:

As questões seguintes são sobre a **prática de atividade física**. A atividade física considerada neste questionário diz respeito a intensidade moderada a vigorosa, havendo aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória. Podemos praticar atividade física quando fazemos desporto, em atividades escolares, em atividades de lazer ou em caminhadas. Alguns exemplos de atividade física: correr, nadar, dançar, andar de bicicleta, praticar futebol, basquetebol, andebol, voleibol, ginástica, equitação, judo, karaté, surf, etc.

- Considerando um período de 7 dias (uma semana), quanto tempo, habitualmente, praticas atividade física dentro do horário escolar (ou seja, tempo de atividade física nas aulas de Educação Física e tempo de atividade física nos intervalos)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhum	Cerca de meia hora por semana	Cerca de 1 hora por semana	Cerca de 2 horas por semana	Cerca de 3 horas por semana	Cerca de 4 horas por semana	Cerca de 5 horas por semana	Cerca de 6 horas por semana	Cerca de 7 ou mais horas por semana

- Fora do horário escolar (durante o teu tempo livre), quantas horas por semana praticas atividade física em atividades extracurriculares no colégio?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por semana	Cerca de 1 hora por semana	Cerca de 2 horas por semana	Cerca de 3 horas por semana	Cerca de 4 horas por semana	Cerca de 5 horas por semana	Cerca de 6 horas por semana	Cerca de 7 ou mais horas por semana

- Quais? _____

- Fora do horário escolar (durante o teu tempo livre), quantas horas por semana praticas atividade física em atividades extracurriculares fora do colégio?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por semana	Cerca de 1 hora por semana	Cerca de 2 horas por semana	Cerca de 3 horas por semana	Cerca de 4 horas por semana	Cerca de 5 horas por semana	Cerca de 6 horas por semana	Cerca de 7 ou mais horas por semana

- Quais? _____

- Na tua opinião, algum dos teus familiares próximos (mãe/pai/irmãos) pratica atividade física regularmente?

☐ Sim. Quem? _____

☐ Não

- Pensa nos teus amigos mais próximos. Achas que eles costumam praticar atividade física regularmente?

☐ Sim

☐ Não

As questões que se seguem são sobre a **utilização de dispositivos eletrónicos**, entre eles podemos nomear o telemóvel, a televisão, o computador e o tablet.

- Durante o teu tempo livre quantas horas por dia costumas ver televisão? (Assinala uma opção para os dias de semana e outra para o fim-de-semana)

Semana:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por dia	Cerca de 1 hora por dia	Cerca de 2 horas por dia	Cerca de 3 horas por dia	Cerca de 4 horas por dia	Cerca de 5 horas por dia	Cerca de 6 horas por dia	Cerca de 7 ou mais horas por dia

Fim-de-semana:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por dia	Cerca de 1 hora por dia	Cerca de 2 horas por dia	Cerca de 3 horas por dia	Cerca de 4 horas por dia	Cerca de 5 horas por dia	Cerca de 6 horas por dia	Cerca de 7 ou mais horas por dia



- Durante o teu tempo livre quantas horas por dia costumás usar algum dispositivo eletrónico para jogar (playstation, tablet, computador, telemóvel)? (Assinala uma opção para os dias de semana e outra para o fim-de-semana)

Semana:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por dia	Cerca de 1 hora por dia	Cerca de 2 horas por dia	Cerca de 3 horas por dia	Cerca de 4 horas por dia	Cerca de 5 horas por dia	Cerca de 6 horas por dia	Cerca de 7 ou mais horas por dia

Fim-de-semana:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por dia	Cerca de 1 hora por dia	Cerca de 2 horas por dia	Cerca de 3 horas por dia	Cerca de 4 horas por dia	Cerca de 5 horas por dia	Cerca de 6 horas por dia	Cerca de 7 ou mais horas por dia

- Durante o teu tempo livre quantas horas por dia costumás usar algum dispositivo eletrónico para navegar na internet (conversar, enviar emails, chats, vídeos, músicas, apps, etc.)? (Assinala uma opção para os dias de semana e outra para o fim-de-semana)

Semana:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por dia	Cerca de 1 hora por dia	Cerca de 2 horas por dia	Cerca de 3 horas por dia	Cerca de 4 horas por dia	Cerca de 5 horas por dia	Cerca de 6 horas por dia	Cerca de 7 ou mais horas por dia

Fim-de-semana:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma	Cerca de meia hora por dia	Cerca de 1 hora por dia	Cerca de 2 horas por dia	Cerca de 3 horas por dia	Cerca de 4 horas por dia	Cerca de 5 horas por dia	Cerca de 6 horas por dia	Cerca de 7 ou mais horas por dia

Terminaste o preenchimento do questionário. Obrigada pela tua participação.

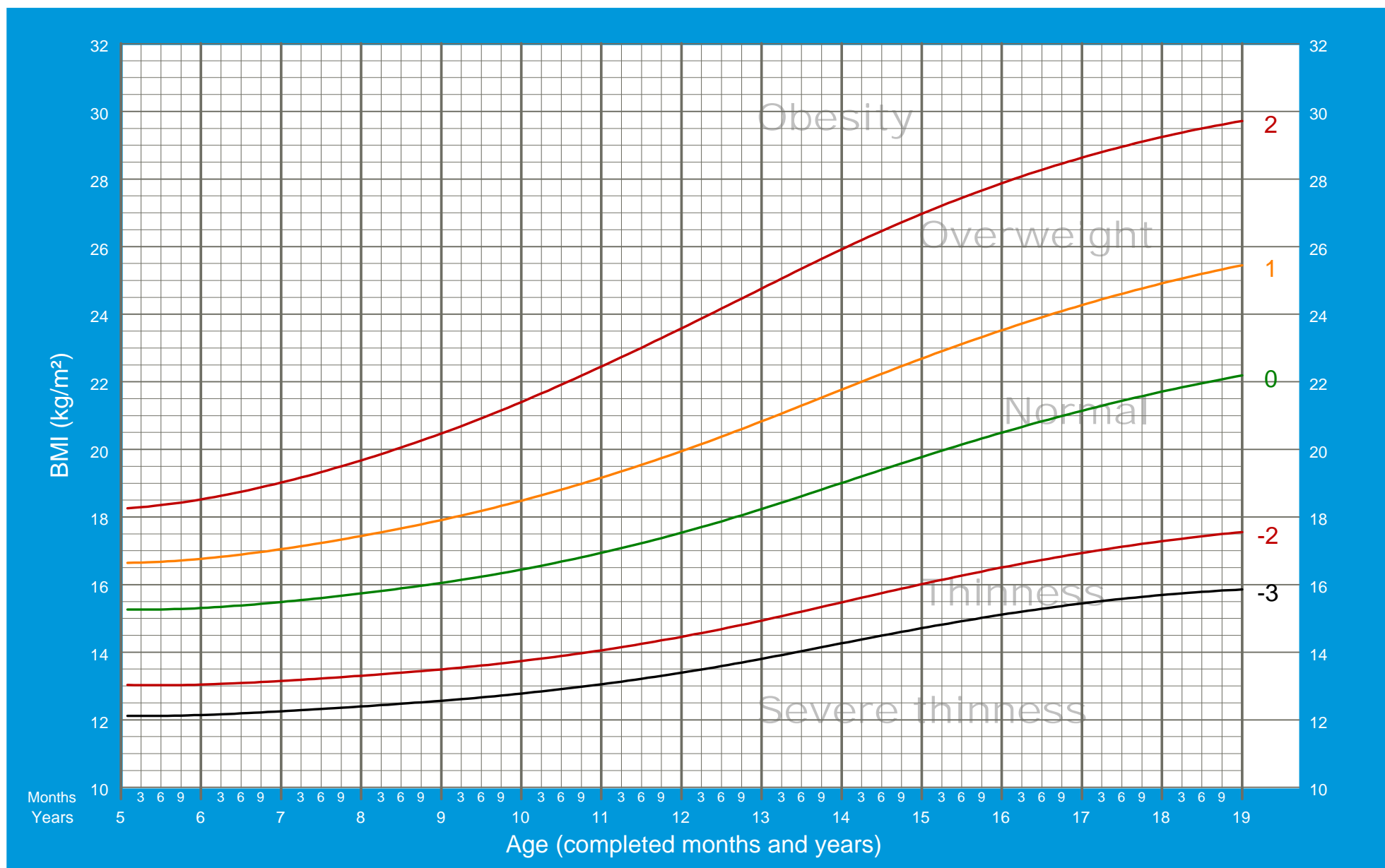
Se tiveres alguma sugestão ou preocupação que queiras partilhar comigo podes fazê-lo através do email: claudianunespauperio@gmail.com

FIM

Anexo 2 – Tabelas de percentis de IMC (OMS, 2007)

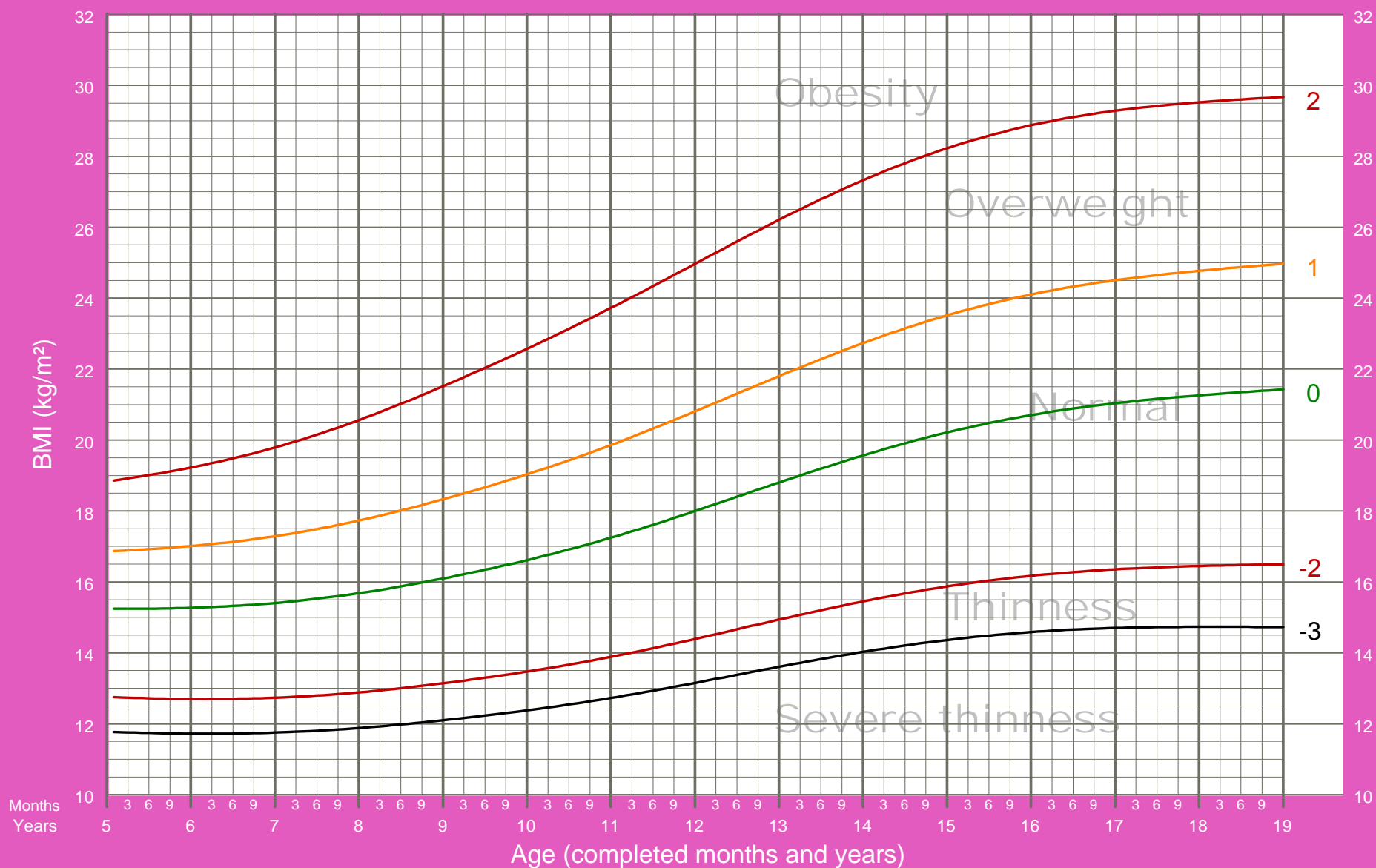
BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



Anexo 3 – Normativas de categorização da TA

Tabela 1 - RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura *

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89

Tabela 1 - RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura * (continuação)

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

* National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*. Pediatrics 2004; 114 (2): 555-576

Tabela 2 - RAPARIGAS - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura *

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

Tabela 2 - RAPARIGAS - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura * (continuação)

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

* National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*. Pediatrics 2004; 114 (2): 555-576

Anexo 4 – Autorização da Direção do CNSP



ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Exma. Equipa Diretiva do Colégio Nossa Senhora da Paz

Eu, Cláudia Maria Nunes Paupério, Licenciada em Enfermagem, a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar autorização para realizar um trabalho de investigação com alunos do Colégio Nossa Senhora da Paz, no âmbito da minha dissertação em contexto de saúde escolar.

As temáticas do estudo incidem sobre o sedentarismo, a utilização de dispositivos eletrónicos e a prática de atividade física, na população adolescente. Os objetivos do trabalho são: avaliar a antropometria de um grupo de adolescentes; identificar a prática de atividade física desses adolescentes; descrever o tempo de utilização de dispositivos eletrónicos (televisão, telemóvel, computador, tablet) pelos adolescentes; analisar as relações entre os valores antropométricos, a prática de atividade física e a utilização de dispositivos eletrónicos dos adolescentes.

O estudo será realizado em contexto escolar, sendo quantitativo, descritivo e transversal. A amostra será constituída por adolescentes entre os 10 e os 18 anos (2º Ciclo, 3º Ciclo e Ensino Secundário), sendo uma população de cerca de 250 indivíduos. A recolha de dados será realizada através de questionário autopreenchido e avaliação antropométrica. Serão, posteriormente, realizados a análise e o tratamento estatístico dos dados. De acordo com normas éticas associadas à investigação, será escrupulosamente respeitada a confidencialidade dos dados recolhidos e os mesmos servirão exclusivamente para a realização do presente estudo. Os participantes nunca serão identificados no trabalho e a resposta aos questionários é voluntária e confidencial.

Porto, Janeiro de 2016

Com os melhores cumprimentos

Cláudia Paupério

(Cláudia Paupério)

Pe! A Direção

Raísa Sousa

Seares

Anexo 5 – Circular Informativa para Encarregados de Educação

Caros pais,

No decorrer do meu percurso académico, completei o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no ano letivo passado (2014/2015). Encontro-me atualmente a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvendo a minha dissertação em contexto de saúde escolar.

Neste sentido, estou a desenvolver um estudo sobre o sedentarismo, a utilização de dispositivos eletrónicos e a prática de atividade física, na população adolescente.

O sedentarismo é, atualmente, uma problemática com grande impacto na saúde da população infanto-juvenil. Os estilos de vida sedentários têm aumentado nas populações pediátricas, principalmente em sociedades desenvolvidas. Esta prevalência de sedentarismo acarreta graves consequências na saúde, uma vez que a inatividade física é um fator de risco preponderante de inúmeras doenças. A obesidade, as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas e os distúrbios músculo-esqueléticos não são exclusividade da população adulta, estas doenças têm surgido precocemente, acometendo de forma preocupante também crianças e adolescentes. A atividade física apresenta diversos efeitos benéficos ao organismo, sendo recomendada como uma estratégia de promoção da saúde. Os profissionais de enfermagem, no âmbito das atividades desenvolvidas na saúde escolar, devem ser promotores da atividade física como um dos contributos significativos para a saúde das crianças e jovens.

Deste modo, os objetivos do meu estudo são: avaliar a antropometria de um grupo de adolescentes; identificar a prática de atividade física desses adolescentes; descrever o tempo de utilização de dispositivos eletrónicos (televisão, telemóvel, computador, tablet) pelos adolescentes; analisar as relações entre os valores antropométricos, a prática de atividade física e a utilização de dispositivos eletrónicos dos adolescentes. O estudo em causa será realizado em contexto escolar, sendo quantitativo, descritivo e transversal. A amostra será constituída por adolescentes entre os 10 e os 18 anos (2ºciclo, 3ºciclo e secundário) do Colégio Nossa Senhora da Paz, sendo uma população de cerca de 250 indivíduos. A recolha de dados será realizada através de questionário autopreenchido e avaliação antropométrica. Serão, posteriormente, realizados a análise e o tratamento estatístico dos dados. Torna-se fundamental referir que os participantes nunca serão identificados no estudo e a resposta aos questionários é voluntária e confidencial.

Gostaria muito de contar com a participação dos vossos educandos, no entanto se houver algum encarregado de educação que **NÃO** autorize a participação, deverá preencher o destacável que se segue.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e agradeço desde já toda a colaboração.

Os meus melhores cumprimentos,

Cláudia Paupério

O destacável deve ser preenchido **exclusivamente para os alunos que não participam** no estudo e deve ser entregue à enfermeira responsável até à data: 14/01/2016.

Não autorizo o aluno _____		º Ano
a participar no estudo	A promoção da saúde do adolescente em contexto escolar: o contributo da atividade física	
Assinatura do Encarregado de Educação	_____	

